



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

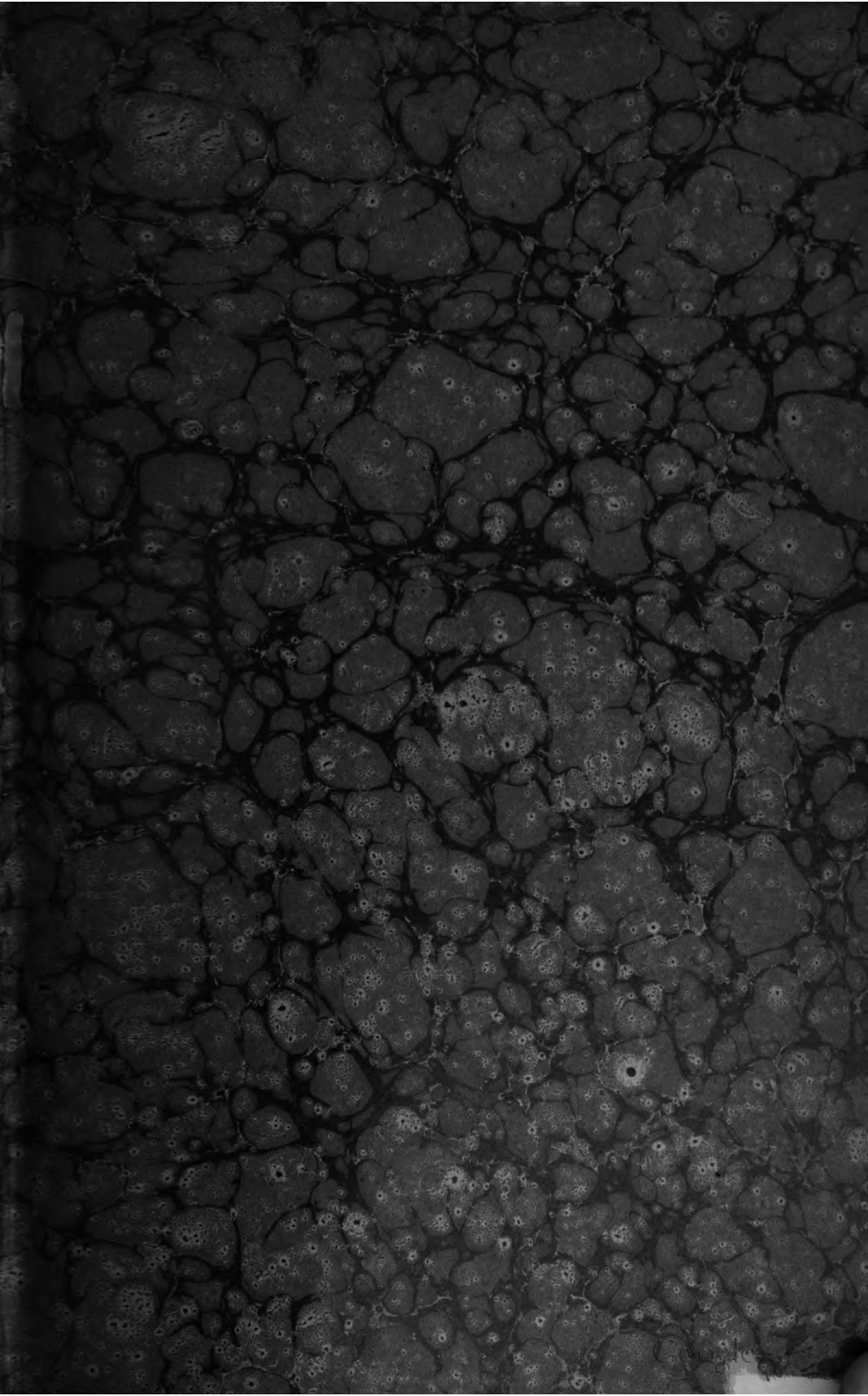
We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
& THE FENWAY.



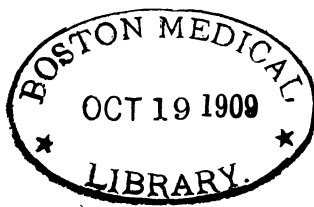
E. H. B.

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE
DE BELGIQUE

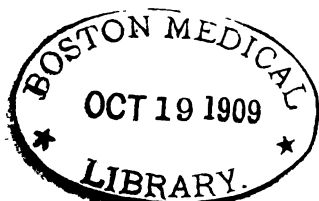
ANNÉE 1893



GAND et LEIPZIG
H. ENGELCKE, Libraire
RUE DE LA CALANDRE, 5
—
1893



Gand, impr. Eug. Vanderhaeghen.



LISTE DES MEMBRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE

DE BELGIQUE.

MEMBRES TITULAIRES.

MM.

Ingels, B.-C. ⁽¹⁾, membre fondateur, Secrétaire de la Société de Médecine mentale de 1869 à 1886, décédé le 22 mai 1886.

Aerts, médecin principal de la colonie de Gheel, admis le 26 janv. 1884.

Anten, méd. en chef de l'asile St^e Agathe, à Liège, adm. le 28 janv. 1888.

Boddaert, B., prof. de cliniq. int. à l'Un. de Gand, adm. 29 avril 1882.

Boeckmans, méd. principal de la colonie de Gheel, adm. le 27 oct. 1888.

Bonmariage, ex-médecin de l'asile de Schaarbeek, adm. le 28 oct. 1875.

Bonnet, Dr, sénateur, membre du com. d'inspection des as. du Hainaut, à Froyennes, admis le 14 oct. 1874.

Candèse, Dr, direct. de la mais. de santé de Glain, adm. le 20 oct. 1869.

Chantry, méd.-adj. de l'as. d'al. de l'État, à Tournai, adm. le 25 oct. 1884.

Claus, méd. adj. des as. d'al. des Hosp. civ. Gand, adm. le 30 avril 1892.

Compeeren, méd. de la Mais. de Santé de Bouchout, adm. le 27 avr. 1889.

Cornette, médecin de l'asile d'aliénés, à Ypres. Membre fondateur.

Cousot, G., méd. de l'Institut. hydrothér. de Dinant, adm. le 28 juil. 1888.

Cuisenaire, méd.-adj. de la colonie de Gheel, admis le 25 juil. 1885.

Cuyllits, médecin en chef de l'asile d'al. d'Evere, admis le 18 sept. 1877.

De Boeck, méd.-adj. de la Mais. de Santé d'Uccle, adm. le 27 avril 1889.

De Bruyn, méd. en chef des as. d'aliénés de St-Trond. Membre fondateur.

De Cock, méd.-adj. de l'as. d'aliénés de Selzate, admis le 20 nov. 1880.

(1) La Société de Médecine mentale, dans sa séance du 31 août 1886, reconnaissant les services rendus par B.-C. Ingels, décide que son nom sera maintenu à perpétuité en tête de la liste des membres de la Société.

MM.

- De Craene**, méd. en chef de l'as. St^e-Anne à Courtrai, adm. le 28 oct. 1875.
Delannay, méd. de l'as. d'al. de Froidmont, admis le 28 juillet 1888.
De Moerloose, méd. honor. de l'as. St-Jean-de-Dieu à Gand. Membre fondateur.
Deperon, méd. insp. de la col. de Lierneux, adm. le 29 oct. 1892.
De Rode, méd. suppléant de l'as. d'al. de Louvain, adm. le 24 avril 1879.
Desguin, V., médecin de l'asile St-Roch à Anvers, adm. le 24 oct. 1872.
Desmedt, méd. de l'Hosp. St-Jérôme, à St-Nicolas, adm. le 26 avril 1890.
De Smeth, J., méd. des aliénés à l'hôp. St-Jean, prof. à l'Univ. de Bruxelles. Membre fondateur.
De Windt, J., méd. hon. de l'as. d'al. d'Alost. Membre fondateur.
Dineur, médecin, adm. le 30 avril 1892.
Dochy, méd.-adj. de l'as. d'al. de l'État, à Tournai, admis le 25 oct. 1884.
Duhem, méd. de l'hospice des aliénées à Tournai. Membre fondateur.
Francootte, prof. de psychiatrie à l'Univ. de Liège, adm. le 26 avr. 1890.
Goffin, méd. en chef de la mais. de Santé d'Uccle, admis le 16 oct. 1873.
Haas, méd.-adj. de l'as. d'aliénées d'Erbs-Querbs, adm. le 27 oct. 1888.
Heger, P., prof. de physiologie à l'Un. de Bruxelles, adm. le 24 fév. 1883.
Honfing, méd. de l'as. de Henry-Chapelle, à Welkenraedt, admis le 29 juill. 1882.
Housé, prof. d'anthropologie à l'Univ. de Bruxelles, adm. le 31 oct. 1885.
Kuborn, H., Président de la Soc. de méd. publ. de Belgique, à Seraing, admis le 31 janvier 1885.
Lefebvre, professeur à l'Université de Louvain. Membre fondateur.
Lefèvre, méd. de la mais. de Santé de Menin, admis le 26 janv. 1884.
Lents, méd.-direct. de l'as. d'al. de l'État, à Tournai, inspecteur-adj. des as. d'al. du royaume. Membre fondateur.
Mabilde, méd. en chef de l'as. d'al. de Selzate, admis le 28 mai 1877.
Maere, méd. de l'as. de St-Jean-de-Dieu, à Gand, adm. le 25 janv. 1890.
Masius, prof. de clinique int. à l'Univ. de Liège, admis le 26 avril 1890.
Masoin, prof. à l'Un. et médecin en chef de l'as. d'al. de Louvain, admis le 4 avril 1872.
Moens, médecin de l'asile d'aliénées de Lede, admis le 26 avr. 1890.
Moreau, ex-méd.-adj. de l'asile St-Roch à Anvers, admis le 4 mai 1875.
Morel, méd. en chef de l'Hospice Guislain, à Gand, inspecteur-adj. des as. d'al. du royaume, admis le 1^{er} mai 1873.
Moulaert, méd.-adj. de l'Hosp.-St-Julien, à Bruges. Membre fondateur.
Motte, méd. de l'Institut. hydrothérap. à Dinant, adm. le 24 avr. 1886.
Otten, méd.-adj. des as. d'al. de St-Trond, admis le 31 juill. 1880.
Peeters, médecin-directeur de la col. de Gheel, admis le 14 oct. 1874.
Piens, méd. de l'as. de Velsique-Ruddershove, admis le 28 janv. 1888.
Pironet, méd.-inspecteur de la col. de Lierneux, admis le 26 oct. 1886.
Printems, méd. de la maison de sûreté, à Anvers, admis le 31 oct. 1885.
Raulier, méd.-adj. de l'as. d'aliénées de Mons, admis le 26 janv. 1884.
Reynaert, méd. de l'as. d'aliénées de St-Nicolas, adm. le 26 avril 1890.

MM.

- Robeyns**, méd. de l'as. d'aliénées de Diest, admis le 25 avril 1891.
Saey, méd.-adj. de l'Hosp.-St-Dominique, à Bruges, adm. le 29 avril 1882.
Semal, méd.-direct. de l'as. d'al. de l'État, à Mons. Membre fondateur.
Sottiaux, méd.-adj. de la colonie de Gheel, admis le 26 janv. 1884.
Stobbaerts, méd. de l'as. des Frères Cellites, à Malines, adm. 29 juill. 1882.
Temmerman, médecin de l'asile d'al. de Duffel, admis le 29 juill. 1882.
Valcke, méd. en chef de l'Hosp.-St-Dominique, à Bruges, admis le 18 sept. 1877.
Van Audenaere, méd. de l'as. d'al. de Tirlemont, adm. le 27 avr. 1889.
Van Bambeke, prof. d'histologie à l'Un. de Gand, admis le 29 avr. 1882.
Van den Abeele, méd. en chef de l'H.-St-Julien, à Bruges. M. fondat.
Vandeven, ex-méd.-adj. de l'as. d'al. d'Evere, admis le 24 avr. 1880.
Van Krunkelsven, méd. de l'as. d'aliénés de Diest, adm. le 26 janv. 1888.
Vanlair, prof. de clinique int. à l'Univ. de Liège, adm. le 26 avril 1890.
Vanneste, méd. de l'as. pour idiots, à Lokeren, admis le 29 janv. 1888.
Verheek, médecin à Hoboken, admis le 28 juillet 1883.
Vermeulen, méd. en chef des as. d'aliénées et du Strop, à Gand, inspecteur-adj. des as. d'al. du royaume. Membre fondateur.
Verriest, prof. de clinique int. à l'Un. de Louvain, admis le 27 déc. 1879.
Versiggel, A., médecin à Tronchiennes, admis le 25 avr. 1885.
Verstraeten, prof. de polycl. int. à l'Un. de Gand, adm. le 29 juill. 1882.
Vrebo, E., méd. en chef de l'as. d'al. d'Erbs-Quebs, adm. le 29 juill. 1882.
Wallaert, médecin à Courtrai, admis le 29 juillet 1882.
Willems, Dr, membre du com. local d'inspection des as. d'al. de la province d'Anvers, admis le 29 oct. 1881.

MEMBRES ASSOCIÉS.

- Ballet**, prof. de psychiatrie à la Fac. de Paris, admis le 26 juillet 1890.
Batty Tuke, méd. aliéniste, à Édimbourg (Écosse), adm. le 27 juil. 1889.
Bourque, prof. de psychiatrie à l'Univ. de Montréal (Canada), admis le 25 janv. 1890.
Charpentier, méd. en chef de l'Hospice de Bicêtre, adm. le 26 juill. 1890.
Cullerre, méd. dir. de l'as. de La Roche-sur-Yon (France), admis le 27 juill. 1889.
Dagonet, méd. adj. de l'as. de St^e-Anne à Paris, adm. le 26 juillet 1890.
Duquet, méd. visiteur des as. d'al. de Montréal (Canada), admis le 26 juillet 1890.
Finlay, méd.-adj. de l'as. de Bridgend (Angleterre), adm. le 27 juil. 1889.
Hakin, secrét.-recev. de la colonie de Lierneux, admis le 26 oct. 1886.
Kornfeld, méd. de l'as. d'al. de Grottkau (Silésie), adm. le 27 juill. 1889.
Ladame, privat-docent de psychiatrie à la Fac. de méd. de Genève, adm. le 26 juillet 1890.

MM.

- Lemoine**, prof. à la Fac. de méd. de Lille (France), adm. le 27 juil. 1889.
Legrain, méd. en ch. de l'as. de Ville-Evrard (France), adm. le 25 oct. 1890.
Obersteiner, prof. à la Fac. de méd. de Vienne, admis le 26 juill. 1890.
Pauli, professeur émérite à l'Univ. de Gand, admis le 30 déc. 1877.
Salgó, méd. de l'as. d'al. à Lipometzo (Budapest), adm. le 27 juil. 1889.
Semelaigne, R., méd. Mais. de Santé de Neuilly (France), adm. le 29 oct. 1892.
Soleil, dir. de l'hosp. St-Dominique, à Bruges, adm. le 26 janv. 1884.
Talcott, méd. en chef de l'as. d'al. de Middletown (États-Unis), admis le 25 janv. 1890.
Urquhardt, méd. en chef de l'as. royal de James Murray (Écosse), adm. le 26 juillet 1890.
Vallée, professeur à l'Univ. de Québec (Canada), adm. le 25 janv. 1890.
Vassitoh, méd.-directeur de l'as. d'al. de Belgrade (Serbie), admis le 26 juillet 1890.

MEMBRES HONORAIRES.

- Amadei**, méd. en chef du manicôme de Crémone, admis le 26 janv. 1884.
Bajenoff, ex-méd. de l'as. d'al. de Riazan (Russie), adm. le 26 avr. 1890.
Benedikt, prof. de neuropathologie à l'Un. de Vienne, adm. le 31 oct. 1885.
Biffi, méd. du manicôme près de St-Celse, à Milan, adm. le 31 juill. 1880.
Blanche, méd. d'asile privé pour aliénés, à Paris, admis le 28 oct. 1875.
Bouchereau, médecin à l'asile St^e-Anne, à Paris, admis le 24 oct. 1872.
Bouteille, méd.-dir. de l'asile d'aliénés de Toulouse, admis le 4 mai 1875.
Brosius, méd.-dir. de l'asile de Bendorf et Sayn, admis le 26 janv. 1884.
Buffet, méd. de l'as. d'Ettelbrück (Gr. D. du Luxemb.), adm. 28 oct. 1875.
Chapin, méd. en chef de l'as. d'al. de Philadelphie, adm. le 27 oct. 1888.
Clark Bell, réd. du *Medico-legal Journ.* à New-York, adm. le 28 oct. 1884.
Coni, Em., médecin à Buenos-Ayres, admis le 25 juill. 1885.
Cowan, méd. en chef de l'as. d'al. de Dordrecht, admis le 26 janv. 1884.
Christian, méd. en chef de la Maison nationale de Charenton (France), admise le 31 oct. 1885.
De Jong, médecin à La Haye, admis le 24 février 1883.
Deny, médecin de la maison de Bicêtre, Paris, admis le 31 oct. 1885.
Donkersloot, ex-méd. en chef de l'as. de Dordrecht, adm. le 12 mai 1870.
Dufour, méd. en chef de l'asile St-Robert (Isère), admis le 3 oct. 1870.
Erlenmeyer, méd.-dir. de l'asile de Bendorf, admis le 27 déc. 1879.
Falret, Dr, dir. d'as. privé pour aliénés, à Paris, admis le 24 oct. 1872.
Féré, Ch., médecin de la Mais. de Bicêtre, Paris, admis le 27 oct. 1888.
Otto Flamm, méd.-dir. de l'asile de Pfullingen (Wurtemberg), admis le 28 oct. 1884.
Freusberg, méd.-dir. d'un asile privé à Bonn, admis le 26 juill. 1884.

MM.

- Garnier**, méd. en chef de l'infirmerie spéciale du dépôt de la préfecture de police de Paris, admis le 25 avril 1885.
- Giraud**, méd.-direct. de l'asile de St-Yon (France), admis le 31 oct. 1885.
- Guttstadt**, Dr, professeur à l'Univ. de Berlin, admis le 31 oct. 1885.
- Halbertsma**, méd. en chef de l'as. d'al. de Rotterdam, adm. le 28 oct. 1884.
- Koch**, méd.-dir. de l'as. royal de Zwiefalten (Wurtemberg), admis le 19 déc. 1878.
- Kovalevsky**, prof. de psychiatrie à l'Un. de Karkoff, adm. le 26 janv. 1884.
- Korsakoff**, privat-doc. de psych. à l'Un. de Moscou, adm. le 25 août 1891.
- Laehr**, méd.-dir. de l'as. de Schweizerhof et réd. de l'*Allg. Zeitschr. für Psychiatrie*, admis le 28 oct. 1884.
- Lents, H.**, dir.-gén. au Ministère de la Justice, inspect. des asiles d'al. du royaume, à Bruxelles, admis le 28 janv. 1888.
- Lewis D. Mason**, méd. de l'as. pour alcoolisés (Fort Hamilton, L. I.), à Brooklyn, N.-Y., admis le 29 juill. 1882.
- Luys**, médecin de la Charité, à Paris, admis le 27 juil. 1889.
- Magnan**, médecin de l'asile St-Anne à Paris, admis le 24 oct. 1872.
- Mesnet**, médecin des hôpitaux de Paris, admis le 28 oct. 1875.
- Mickle**, méd.-dir. de l'as. de Grove Hall, à Londres, adm. le 31 janv. 1885.
- Mierzejewski**, prof. à l'as. clin. de St-Petersbourg, adm. le 28 oct. 1875.
- Mitchell**, méd. de l'as. de South Yorkshire à Sheffield, adm. le 26 avr. 1884.
- Moleschott**, professeur à l'Université de Rome, adm. le 26 avril 1890.
- Morselli**, prof. de psychiatrie au manicomio de Turin, adm. le 29 janv. 1881.
- Morton, Thomas, G.**, président du com. d'Inspection des as. d'al. de Pensylvanie, admis le 27 octobre 1888.
- Motet**, médecin d'asile privé, à Paris, admis le 24 oct. 1872.
- Nötel**, médecin-directeur de l'asile d'Andernach, admis le 31 oct. 1885.
- Pelman**, prof. de psychiatrie à l'Univ. de Bonn, adm. le 27 oct. 1888.
- Perez**, méd.-dir. de l'Institut phrénopath. de Buenos-Ayres (Rép. Argentine), admis le 28 oct. 1884.
- Pompe**, méd.-dir. de l'as. d'al. de Rosmalen (Hollande), adm. 27 avr. 1889.
- Prins**, inspect.-génér. des prisons, à Bruxelles, admis le 28 janv. 1888.
- Pritchard Davies**, méd. en chef du Kent county lunatic asylum, à Barningheath, admis le 31 oct. 1885.
- Pick**, prof. de psychiatrie à l'Un. de Prague, admis le 24 avril 1886.
- Régis**, méd. en chef, au Bouscat (Castel d'Andorte), adm. le 24 janv. 1884.
- Rey**, méd. en chef de l'as. des aliénés de Marseille, adm. le 31 oct. 1885.
- Ritti**, méd. en chef de la Mais. nationale de Charenton (France), admis le 27 juill. 1889.
- Rutherford**, méd.-dir. du Crichton Royal Institution, à Dumfries, admis le 31 oct. 1885.
- Salemi Pace**, méd.-dir. du manicomio de Palerme, admis le 24 avr. 1886.
- Séglas**, méd. suppléant de la Salpêtrière, à Paris, adm. le 27 avril 1889.

MM.

- Schüle**, médecin en chef de l'as. d'Illenau, admis le 27 juillet 1889.
Seppilli, méd. en chef du manicomio d'Imola, admis le 26 janv. 1884.
Solá, méd. en chef de l'as. des al. de Buenos-Ayres, admis le 31 oct. 1885.
Socquet, secrétaire de la Soc. médico-légale de France, à Paris, admis le 31 oct. 1885.
Stanley Elliot, médecin en chef de l'as. de Caterham, Surrey, adm. le 31 oct. 1885.
Tamburini, prof. de psychiatrie à l'Un. de Modène, méd. en chef de l'as. de Reggio-Emilia, admis le 29 janv. 1881.
Tellegen, ex-méd. de l'as. d'al. de Vught, La Haye, adm. le 25 juill. 1885.
Tonini, méd.-adj. de l'asile des aliénés d'Imola, admis le 26 janv. 1884.
Tuke, D. Hack, ex-méd. de l'asile des amis à York, réd. du *Journal of mental science*, Londres, admis le 19 déc. 1878.
Van der Chys, méd. en chef de l'as. de Zutphen, admis le 26 janv. 1884.
Van Andel, inspect. des as. d'al. de la Hollande, adm. le 24 oct. 1872.
Van der Lith, ex-méd.-dir. de l'as. d'Utrecht, admis le 24 oct. 1873.
Van der Swalme, méd.-dir. de l'as. d'al. de Delft, adm. le 24 oct. 1872.
Van Persyn, méd.-dir. de l'as. d'al. de Meerenberg, adm. le 29 oct. 1881.
Verga, A., professeur de psychiatrie à Milan, admis le 30 avr. 1881.
von Krafft-Ebing, prof. à l'Univ. de Vienne, admis le 5 mai 1875.
Wellenbergh, méd. de l'as. d'aliénés d'Utrecht, admis le 28 juill. 1883.
Wille, professeur de psychiatrie à l'Un. de Bâle, admis le 31 oct. 1885.

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1893 :

MM. **Derode**, Président.

Francotte, Vice-Président.

Morel, Secrétaire-Trésorier.

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE
DE BELGIQUE.

N° 68. — Mars 1893.

Société de Médecine mentale de Belgique.

Procès-verbal

de la séance ordinaire tenue au Palais de l'Université à
Bruxelles, le samedi 28 janvier 1893

Sous la présidence du Dr DERODE, Président. — Dr JUL. MOREL,
Secrétaire.

Sont présents : MM. Claus, Cuylits, De Boeck, Derode, Heger, Lefebvre, Lentz, Masius, Masoin, Morel, Moulaerts, Vermeulen.

MM. Boddaert, Peeters, Semal, Stobbaerts s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

ALLOCUTION DU PRÉSIDENT.

MESSIEURS,

Au moment d'ouvrir les travaux de cette nouvelle année sociale, j'ai tout d'abord à remplir un devoir de reconnaissance et à vous remercier de l'honneur insigne que vous m'avez décerné en m'appelant à ce fauteuil généralement occupé par des confrères que nous avons l'habitude de considérer comme nos maîtres et dont le temps a consacré la réputation de science et de talent. Sans doute par ce temps de démocratie

et de suffrage universel vous avez voulu montrer que dans notre petite république les plus humbles ouvriers pouvaient être appelés à l'honneur. Peut-être aussi avez-vous voulu témoigner que dans l'œuvre actuelle de la science, il n'était pas de trop de tous les dévouements et qu'à côté des savants voués aux hautes études des laboratoires et des amphithéâtres il y avait une place pour le praticien qui, dans la sphère de son activité plus modeste, trouvera lui aussi plus d'une occasion d'apporter sa pierre à l'édifice.

Le temps n'est plus, en effet, où la science mentale se lançait dans la discussion de théories mystiques et se perdait en des divagations nuageuses, dépourvues de tout côté pratique. Il suffit de jeter les yeux sur les travaux contemporains pour constater les progrès qui se sont réalisés dans la pathologie du système nerveux, et pour reconnaître que la science des manifestations psychiques tend à devenir de plus en plus une science positive, basée sur l'observation et l'expérience. Il n'est plus question aujourd'hui de se livrer à ces disputes aussi vagues que brillantes sur le siège de l'entendement et la nature de ses lésions. La psychiatrie est rentrée dans la marche suivie par toutes les parties de l'histoire naturelle. C'est à l'observation des faits et à leur confirmation par l'expérience qu'elle demande la solution des problèmes qui l'agitent.

Cette observation doit être complète et rigoureuse, incessante, infatigable et sévère. Elle ne peut dédaigner aucun des moyens propres à l'éclairer. Elle emprunte à la physique ses instruments de précision, à la chimie ses réactifs toujours sûrs, à la clinique ses procédés d'exploration aujourd'hui si perfectionnés. Elle scrute tous les tissus, analyse tous les produits, épie tous les symptômes. Le temps lui-même ne l'arrête point : A travers les âges et de génération en génération elle poursuit le germe morbide, surveillant sa naissance, son développement, son épanouissement ou ses transformations. C'est à elle que la psychiatrie est redevable de ses plus belles conquêtes. C'est à elle, entre autres, qu'elle

doit la connaissance des grandes influences étiologiques de la vésanie : hérédité, milieu, genre de vie, etc.

Mais telle est la difficulté du sujet et telle est notre ignorance des phénomènes intimes de la vie que même dans cette voie féconde la science ne peut avancer qu'avec lenteur et que les plus graves problèmes demeureront encore longtemps irrésolus. Il ne faudrait ni s'en étonner, ni perdre courage. La science n'est pas l'œuvre d'un jour pas plus qu'elle n'est l'œuvre d'un homme.

Si l'on songe à l'extrême complexité de la structure des centres nerveux, à l'exquise délicatesse de leurs éléments, à la diversité de leurs fonctions, il faut bien reconnaître qu'il serait injuste de reprocher à la science de ne pas encore avoir déchiré tous les voiles et plutôt que de gémir sur tant de points demeurés obscurs ne devrait-on pas s'enorgueillir du chemin parcouru et des conquêtes déjà faites?

Sans doute l'étude des phénomènes intimes de l'innervation comme celle de toutes les manifestations vitales a encore bien des choses à nous apprendre. Mais n'ont-ils pas montré trop d'impatience ceux qui devant les premiers échecs ont senti leur foi faiblir et ont proclamé l'impuissance de la science répétant avec le grand poète allemand : *« Dass wir nichts wissen und nichts wissen können. »*

Que pouvions-nous comprendre au fonctionnement intime du plus compliqué et du plus parfait de nos organes quand nous ignorions jusqu'aux premiers éléments de la physiologie chez l'organisme le plus simple : la cellule vivante. Depuis lors on a compris que pour faire œuvre solide et durable il fallait partir du simple pour aller au composé. D'intrépides travailleurs se sont mis à l'ouvrage et ont jeté les bases de cette étude des phénomènes intimes qui se passent dans tout être organisé. Quand ces réactions élémentaires nous seront mieux connues, nous pourrons avec plus de fruit aborder l'étude des tissus et des organes. Peut-être un jour les réactions intimes du système nerveux elles-mêmes n'auront-elles plus de secret.

Mais en attendant, nous aussi nous avons notre tâche à remplir. A chaque jour suffit sa peine. D'ici à longtemps nous devons borner nos efforts à rechercher les conditions physiologiques dans lesquelles s'exercent nos facultés et les altérations organiques qui correspondent aux troubles de leurs fonctions. Nous savons qu'à une modification malade de l'intelligence correspond une modification malheureusement souvent encore inconnue soit du cerveau lui-même, soit des conditions matérielles dans lesquelles il fonctionne. Qu'il soit altéré dans sa structure ou que le sang chargé de le nourrir et de le stimuler soit altéré dans sa composition chimique, contienne des éléments anormaux ou ne circule plus avec sa régularité normale, nous savons que ces désordres vont se traduire par des troubles divers dans le domaine des manifestations psychiques. Déterminer les relations de ces deux ordres de faits, rattacher la cause à l'effet, la lésion au symptôme, c'est à cela que s'attache actuellement notre ambition et tel doit être en ce moment le but de nos efforts. La folie est le mode de réaction du cerveau désorganisé dans quelque-une de ses parties ou influencé par un trouble général de l'organisme. Mais il ne suffit pas, comme on a, peut-être, aujourd'hui en psychiatrie une trop grande tendance à le faire, que nous puissions rapporter les maladies mentales à quelque cause éloignée héréditaire; il faut que nous nous efforcions de trouver les causes plus rapprochées et à en pénétrer le mécanisme pathogénique. Le champ de l'expérimentation est assez vaste et les occasions d'observation ne nous feront pas défaut.

Aussi bien, l'activité psychique a elle aussi ses manifestations simples et ses manifestations plus complexes. Depuis ces opérations rudimentaires de l'intelligence qui nous sont communes avec la brute jusqu'aux combinaisons les plus sublimes des théoriciens ou des poètes, quelle marche ascendante et combien à chaque pas les difficultés de l'analyse augmentent. Comme les opérations se compliquent, les foyers toujours actifs se multiplient, les associations fonctionnelles

se mêlent et s'enchevêtrent. N'était-il point rationnel de penser que c'étaient les manifestations rudimentaires qui se montreraient les plus accessibles à nos investigations et que c'étaient les organismes les plus simples qui nous dévoileraient les premiers les secrets de leur fonctionnement ou les facteurs de leurs désordres. C'est pour cela que vous suivez avec une inquiète sollicitude les progrès de cette science qui née d'hier a déjà affirmé par des conquêtes incontestées ses droits à l'existence, je veux dire la *psychologie comparée*. Je suis persuadé, pour ma part, que l'étude des facultés intellectuelles chez les animaux est une mine féconde d'où sortira pour nous plus d'un enseignement et j'ai l'intime conviction que cette science nouvelle viendra plus d'une fois jeter un jour inattendu sur les plus graves problèmes de la psychiatrie.

Il est une autre série d'études dont la médecine mentale a le droit d'attendre les résultats les plus heureux et auxquelles elle a le devoir de se mêler activement. En soumettant les opérations de l'esprit et les indications fournies par nos sens au contrôle des méthodes scientifiques exactes, la *psychophysique* et la *psychologie expérimentale* ont ouvert des voies nouvelles. La pathologie mentale ne doit pas craindre de s'y engager à leur suite. Elle y trouvera l'occasion de bien des découvertes.

Une arme trop longtemps abandonnée à des mains suspectes nous est encore fournie aujourd'hui par l'application des procédés de l'hypnotisme. A mesure que les recherches se multiplient, ses pratiques tendent de plus en plus à perdre leur caractère mystérieux pour rentrer dans le domaine des observations scientifiques. La pathologie nerveuse s'est emparée de ce nouvel instrument de progrès et les études d'hypnologie occupent déjà une place importante dans le cadre de la neurologie.

Mais quels que soient les progrès que l'on arrive à réaliser dans tous ces domaines, ils ne pourront avoir pour nous d'utilité réelle et pratique que lorsqu'ils auront été confirmés par la clinique, cette grande pourvoyeuse de faits, qui se rit des

théories et des systèmes. Ce n'est pas ici le lieu de renouveler la vieille et oiseuse querelle au sujet de la supériorité de la clinique sur l'expérimentation ou de celle-ci sur celle-là. Il faut estimer au contraire que dans la science il n'est point de genre inférieur et que tous les travaux sont également respectables pourvu qu'ils aient la vérité pour but et l'observation comme moyen. Dans les salles de nos asiles comme d'autres dans le secret de leurs laboratoires, nous faisons de la science et c'est pour cela que je disais en commençant que tous nous avons des devoirs à remplir, une pierre à apporter à l'édifice. Toute observation bien faite enrichit le domaine de nos connaissances. Tôt ou tard vient le jour où de ces richesses accumulées on peut faire le compte et, par une généralisation prudente, de l'observation des faits dégager les lois qui les commandent. Aussi est-ce à tous qu'il faut dire et c'est par là que je termine cette trop longue allocution « *Et nunc laboremus* » et maintenant travaillons ! (*Applaudissements.*)

Sur la proposition de M. Morel la Société décide que cette allocution sera publiée dans le prochain Bulletin.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Une lettre de remerciements de la part du Dr René Seme-laigne à l'occasion de sa nomination comme membre associé.

2° Une lettre de M. le Ministre de l'Agriculture, de l'Industrie et des Travaux publics, annonçant l'envoi d'un exemplaire des rapports des Commissions médicales provinciales sur leurs travaux pendant l'année 1891.

3° Une lettre de M. Massaut, président de l'Association des étudiants en médecine de l'Université de Liège, demandant l'envoi gratuit de notre publication à l'Association qu'il préside.

M. le Secrétaire fait observer à ce sujet que la Société ne dispose plus que d'une seule collection complète de son Bulletin et qu'elle ne saurait en conséquence déférer complètement au désir exprimé par le Président de la Société des

étudiants en médecine de l'Université de Liège. Toutefois il propose d'envoyer aux intéressés les numéros disponibles et de leur faire hommage à l'avenir des fascicules prochains. — Cette proposition est acceptée.

4° Une lettre de faire part, annonçant le décès de notre honoré collègue, M. D'Heygere, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, à Courtrai.

M. le Président fait connaître qu'il a adressé à la famille de notre regretté collègue une lettre de condoléances y exprimant à la fois ses regrets de n'avoir pu assister à ses obsèques.

M. le Secrétaire fait part qu'il a représenté la Société aux funérailles et que notre honoré confrère, M. De Craene, a prononcé, au nom de la Société de Médecine mentale, un discours sur la tombe du défunt.

5° Un avis du Bureau du XI^e Congrès international de médecine qui se tiendra à Rome, du 24 septembre au 1^{er} octobre prochain. Cet avis était accompagné de vingt bulletins d'adhésion.

Ces bulletins sont distribués aux membres présents.

TRAVAUX IMPRIMÉS.

La Société a reçu en hommage les travaux suivants :

1° De M. le Dr Legrain, médecin-en-chef de l'asile de Ville Evrard :

A) *L'Anthropologie criminelle au Congrès de Bruxelles de 1892.*

B) *De la dégénérescence de l'espèce humaine; sa définition, ses organes.*

C) *Note pour servir à l'histoire de l'hémichorée essentielle.*

Ces deux derniers travaux sont soumis à l'examen de M. De Boeck.

2° De M. le Dr Mac Donald, professeur des maladies mentales au collège médical de l'hôpital Bellevue à New-York :

A) *Feigned insanity. — Case of James Clegg, Abois James Lee, the "dummy Chucker."*

B) *The infliction of the death penalty by means of electricity.*

M. Derode examinera ces deux travaux.

3° De la part du Dr Coni, de Buenos-Ayres :

A) *Revista de la Sociedad medico-Argentina*, vol. 1, n° 6.

B) *Anales di Hygiene publica y medicina legal*, ano I, n°s 6, 7, 8.

4° *Journal de la polyclinique de Namur*, n°s 2, 3, 4.

5° De la part de M. Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique de Paris :

Éloge de Baillarger.

6° Du Ministère de l'Agriculture, de l'Industrie et de Travaux publics :

Rapport sur les travaux des Commissions médicales provinciales pendant l'année 1891.

La Société vote des remerciements pour ces généreux donateurs.

ANALYSES D'OUVRAGES.

M. le Dr Francotte présente l'analyse des travaux que lui ont été confiés à la dernière séance :

Dr A. Erlenmeyer : *Klinische Beiträge zur Lehre von der congenitalen Syphilis und über ihren Zusammenhang mit einiger Gehirn-und Nervenkrankheiten.*

Prof. Arn. Pick : *Ueber die Combination hysterischer und organisch bedingter Störungen in den Functionen des Auges.*

Prof. Heinr. Obersteiner : *Arbeiten aus den Institut für Anatomie und Physiologie der Centralnervensystems an den Wiener Universität.*

La Société, après avoir voté des remerciements à M. Francotte, décide que ces analyses figureront dans le prochain Bulletin.

M. le Dr De Boeck fait une analyse verbale du travail du Dr Oebeke, de Bonn : *Zur Ätiologie der Allgemeinen fortschreitenden Paralyse.* M. De Boeck croit savoir que l'auteur

compte donner de plus amples développements sur cette question dans un prochain travail et propose de relever ultérieurement les résultats très intéressants constatés par l'auteur. Il croit néanmoins devoir observer dès maintenant que l'auteur ajoute une grande importance aux causes combinées dans cette affection. L'auteur recherche non seulement les causes organiques ou fonctionnelles mais encore leur association.

MOTION D'ORDRE.

M. De Boeck demande quelques renseignements sur le concours ouvert par la Société. M. Morel déclare que les résultats obtenus n'ont pas été ce que la Société avait espéré. Il attribue l'insuccès à la décision qui fut prise d'instituer un concours uniquement national. Il pense que si sa proposition première avait été acceptée, notamment l'institution d'un concours international, le succès aurait été plus grand.

M. Morel estime qu'il y a lieu de mettre une nouvelle fois à l'ordre du jour la question d'un prochain concours. Cette proposition, appuyée par MM. De Boeck et Francotte, est acceptée à l'unanimité des membres présents.

La prochaine séance aura lieu le 29 avril prochain au Palais de l'Université de Bruxelles.

Le Secrétaire,
D^r JUL. MOREL.

Le Président,
D^r DERODE.

NOTE

SUR

L'ÉLONGATION DES NERFS

Dans l'Hémiplégie spasmodique infantile avec Épilepsie

PAR

CH. FÉRÉ, médecin de Bicêtre

ET

ED. SCHMID, interne des hôpitaux.

En 1889, Benedickt⁽¹⁾ communiquait au collège médical de Vienne, le résultat de deux élongations de nerfs comme traitement des mouvements choréiformes de l'hémiplégie spasmodique infantile.

Dans ces deux cas, les mouvements choréiques du membre atteint gênaient ceux du membre sain. Après l'élongation du radial et du cubital dans un cas, du cubital et du médian dans l'autre les mouvements cessèrent complètement.

L'un de nous⁽²⁾, pensa que l'élongation pourrait chez ces mêmes hémiplégiques atteints d'épilepsie, amener des modifications de leurs attaques. Plusieurs tentatives furent faites dans le service des épileptiques adultes de Bicêtre. Les résultats immédiats furent communiqués à la Société de Biologie⁽³⁾. Les deux hémiplégiques dont il s'agissait sont restés dans

(1) *Wien. med. Doct. Kolleg.*, 4 nov., 1889.

(2) CH. FÉRÉ, *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, p. 499.

(3) CH. FÉRÉ, *Note sur l'élongation des nerfs dans l'hémiplégie spasmodique et dans l'épilepsie partielle* (*C. R. Soc. Biol.* 1890, p. 227).

le service depuis cette époque. Deux autres malades de la même catégorie ont aussi subi l'élongation depuis longtemps. On peut donc maintenant apprécier non plus seulement les effets immédiats, mais encore les effets tardifs de l'intervention. Voici les observations résumées des malades en question :

OBSERVATION I.

Bar... 29 ans. Hémiplegie gauche. Taille 1^m66, poids 58 kil. (7 février 1887).

Hémiplegie gauche datant de la naissance avec contracture du membre supérieur gauche immobilisé en flexion; légère athétose, hémiparésie faciale; hémianesthésie gauche.

Accès d'épilepsie partielle débutant par la moitié gauche de la face, gagnant les deux membres du même côté. Perte de connaissance. Séries d'accès nocturnes.

21 février 1890. Élongation du médian au bras. Traction de 7 kilos. Les accès parurent diminuer dans les huit jours qui suivirent l'opération, mais ils reprirent le mois suivant. On voit du reste dans le tableau suivant que ce n'est que plus d'un mois après l'opération que la diminution des accès s'est manifestée sous l'influence de la bromuration progressive. L'athétose reste la même.

On voit que la moyenne des accès diminue d'année en année jusqu'en 1892. Cette diminution est en rapport avec la médication bromurée qui augmente sans qu'il y ait diminution sensible du poids :

13 janvier	1888.	—	Poids 53 kilogrammes.	. . .	4 gr. KBr.
24 novembre	1890.	—	» 53,500	» . . .	6 »
17 février	1891.	—	» 54	» . . .	7 »
17 juin	1891.	—	» 54,500	» . . .	8 »
9 novembre	1891.	—	» 53	» . . .	9 »
11 janvier	1892.	—	» 54,500	» . . .	10 »
2 février	1892.	—	» 55,500	» . . .	11 »
15 février	1892.	—	» 55,500	» . . .	12 »
2 mars	1892.	—	» 55,500	» . . .	13 »
21 juin	1892.	—	» 53	» . . .	14 »
11 juillet	1892.	—	» 55,500	» . . .	15 »
20 décembre	1892.	—	» 53	» . . .	16 »

TABLEAU DES ACCÈS.

MOIS.	1886		1887		1888		1889		1890		1891		1892	
	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.
Janvier.	»	»	5	»	8	1	9	»	1	»	3	1	4	»
Février.	»	»	7	»	10	»	8	»	15	1	1	»	1	»
Mars.	»	»	5	»	6	1	3	»	10	4	3	»	1	»
Avril.	»	»	6	»	2	»	7	»	»	»	4	1	»	1
Mai.	»	»	5	»	8	»	8	»	5	7	7	»	3	1
Juin.	»	»	3	»	22	1	6	»	1	5	1	»	8	»
Juillet.	»	»	8	1	8	1	9	»	4	4	1	»	3	»
Août.	»	»	18	»	7	2	12	»	11	»	6	»	3	»
Septembre.	»	»	30	»	7	»	7	1	7	»	8	1	»	»
Octobre.	»	»	8	»	5	»	6	»	4	1	1	»	»	»
Novembre.	»	»	6	»	7	»	8	»	5	»	9	1	2	»
Décembre.	»	»	4	»	6	»	3	»	6	»	12	»	1	»
Totaux. . .	110	4	105	1	96	6	86	1	69	22	56	4	26	3
Moyennes. . .	0,9	0,3	8,8	0,08	8	0,5	7,2	0,08	5,8	1,8	4,7	0,3	2,2	0,25

OBSERVATION II.

Har..., 40 ans, hémiplegie spasmodique infantile.

Antécédents héréditaires. — Père mort à Sainte-Anne.

État actuel. — Hémiplegie gauche avec contractures du membre supérieur; l'avant-bras est fléchi à 90°; les mouvements de pronation et de supination sont possibles.

Les accès d'épilepsie sont partiels et se montrent du côté paralysé sans qu'il y ait perte de connaissance. Une aura psychique précède l'accès.

Le 19 février 1890 élongation du médian au bras; traction évaluée à 5,500 kilogrammes. Quelques heures après l'opération, accès d'épilepsie. Il eut jusqu'au 28 février, des secousses, un seul accès et quatre vertiges. Au mois de mars ses accès furent de nouveau très nombreux, l'élongation ne les modifia pas par la suite.

TABLEAU DES ACCÈS.

MOIS.	1886		1887		1888		1889		1890		1891	
	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.
Janvier . .	»	»	16	32	7	5	»	»	9	11	2	»
Février . .	»	»	9	»	8	20	»	38	11	4	8	»
Mars . . .	»	»	9	2	2	»	8	5	15	8	2	»
Avril . . .	»	»	5	»	»	»	3	»	»	»	10	»
Mai	»	»	5	320	13	7	4	3	2	13	7	»
Juin	»	»	14	292	22	16	5	6	10	5	»	»
Juillet . .	»	»	4	21	10	2	15	1	2	13	»	»
Août . . .	»	»	8	20	16	1	10	»	8	8	»	»
Septembre.	»	»	14	2	7	11	7	6	3	7	»	»
Octobre . .	»	»	18	4	13	16	5	9	»	11	»	»
Novembre .	»	»	11	»	9	3	6	1	1	2	»	»
Décembre .	»	»	7	»	7	1	6	2	5	»	»	»
Totaux . .	91	657	120	693	114	82	75	74	66	82	29	»
Moyennes .	7,6	54,8	10	57,9	9,5	6,9	6,3	7,2	5,5	6,9	5,8	»

Il mourut en juin 1891.

OBSERVATION III.

Wic..., hémiplegie spasmodique infantile.

Convulsions en bas âge; tombait fréquemment; à 3 ans hémiplegie gauche; à 12 ans à la suite d'une fièvre typhoïde la paralysie s'accrut et l'impotence du membre supérieur gauche fut complète. Entre temps les accès d'épilepsie continuèrent. Il fut admis aux enfants, puis à Bicêtre.

Il présentait en 1890 une hémiplegie gauche surtout marquée au membre supérieur qui était atrophié, complètement impotent et présentait quelques mouvements athétosiques. En même temps que la paralysie était survenue une douleur lancinante siégeant dans le coude et l'avant-bras, présentant des paroxysmes assez intenses pour priver le malade de sommeil. Les exaspérations se montrent surtout avant les accès d'épilepsie; après ceux-ci, la douleur disparaît pendant huit à quinze jours.

Le 23 janvier 1891, le Dr Campenon, chirurgien de Bicêtre, pratiqua l'élongation du médian au bras gauche. La traction fut de 5 kilogrammes. Il y eut un fort accès dans la soirée. Les accès ne diminuèrent pas le mois suivant. Aucune modification de l'athétose.

TABLEAU DES ACCÈS.

MOIS.	1890		1891		1892	
	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.
Janvier	»	»	3	»	»	9
Février	»	»	4	»	2	1
Mars	»	»	»	»	»	4
Avril	»	»	1	»	2	5
Mai	»	»	»	»	1	3
Juin	»	»	3	2	»	1
Juillet	»	»	5	8	1	3
Août	»	»	2	2	»	»
Septembre	»	»	»	5	»	»
Octobre	»	»	»	1	»	»
Novembre	1	6	2	5	»	»
Décembre	3	»	3	2	»	»
Totaux	4	6	23	25	6	26
Moyennes	3	»	1,9	2,1	1	4,3

En 1892 les accès deviennent moins nombreux sous l'influence du KBr. sans qu'il y ait diminution du poids de l'individu :

En octobre	1891	il pèse 53,500 kilogrammes et prend	4 gr. KBr.
» décembre	»	»	»
» janvier	1892	»	»
» février	»	»	»
» avril	»	»	»
» mai	»	»	»
» août	»	»	»

Le malade est transféré dans un asile de province.

OBSERVATION IV.

Hémiplégie spasmodique infantile. Leche..., 42 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère très émotive.

Antécédents personnels. — A l'âge de 9 mois et à la suite d'une pneumonie éclatèrent des convulsions qui s'accompagnèrent rapidement d'une hémiplégie droite. Les convulsions continuèrent; à deux ans, petits accès avec perte de mémoire pendant deux jours. Depuis l'âge de quatre ans, les crises augmentèrent; le bromure en diminuait la durée mais la malade perdit peu à peu la mémoire et prit peu à peu un facies stupide.

État actuel (juillet 1891). — Hémiplégie droite, contracture du membre supérieur, mouvements athétosiques de la main droite, sorte de mouvements de malaxation. La face présente des mouvements limités et incessants.

19 août 1891. — M. Campenon, chirurgien de Bicêtre, pratique l'élongation du nerf radial à la partie inférieure du bras. La traction est évaluée à 6 kilos. Pendant l'opération, abolition des mouvements du membre malade, et apparition de mouvements analogues dans le bras sain. Après l'opération ces derniers disparaissent, ceux du membre malade réapparaissent mais plus faiblement. Cette amélioration de l'athétose persista: en effet d'après des tracés qui ont été pris à la face dorsale du premier espace interosseux, avant et après l'opération on voit que les mouvements athétosiques ont persisté aussi nombreux, mais leur amplitude a beaucoup diminué. Ils continuèrent à rester affaiblis jusqu'au 16 octobre 1891. Nous avons repris aujourd'hui (15 février 1893) un tracé de ces mouvements qui paraissent avoir augmenté de nouveau en intensité.

Les accès d'épilepsie, par contre subirent une recrudescence. Ils étaient, après avoir disparu pendant près d'un an, réapparus dans le mois qui précéda l'opération et continuèrent à augmenter en nombre malgré la continuation et l'augmentation du bromure.

La médication bromurée à hautes doses sans amener de diminution du poids de l'individu, ne modifia pas ses accès.

En novembre 1891. — Poids 54 kilogrammes. . .	10 gr. KBr.
décembre 1891. — » 56 » . . .	11 »
février 1892. — » 57 » . . .	12 »
mars 1892. — » 57 » . . .	13 »
avril 1892. — » 58 » . . .	14 »
mai 1892. — » 57 » . . .	15 »
juin 1892. — » 57 » . . .	16 »
juillet 1892. — » 57 » . . .	17 »
août 1892. — » 57,500 » . . .	18 »
octobre 1892. — » 57 » . . .	19 »
24 décembre 1892. — » 56,500 » .	suppression KBr.

MOIS.	1886		1887		1888		1889		1890		1891		1892	
	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.
Janvier.	»	»	22	40	1	»	19	1	16	4	»	»	8	»
Février.	»	»	19	»	7	»	36	1	21	2	»	»	10	»
Mars.	»	»	7	1	9	»	16	3	20	1	»	»	17	1
Avril.	»	»	7	5	15	»	12	2	10	4	»	»	19	»
Mai.	»	»	12	»	33	4	12	1	32	4	»	»	9	2
Juin.	»	»	5	1	50	5	11	4	11	4	»	»	9	2
Juillet.	»	»	7	1	21	3	12	3	2	4	1	1	9	6
Août.	»	»	14	1	12	2	16	3	2	2	»	1	9	1
Septembre.	»	»	16	2	19	1	14	»	»	»	26	»	16	4
Octobre.	»	»	3	6	15	1	14	2	»	3	16	5	23	1
Novembre.	»	»	7	2	12	4	10	4	»	»	15	1	3	1
Décembre.	»	»	3	»	14	1	16	2	»	»	11	3	18	»
Totaux. . .	289	36	122	59	178	21	188	26	114	28	69	11	150	18
Moyennes. . .	24	3	10,1	5	15	1,8	13,7	2,2	9,5	2,3	5,8	0,9	12,5	1,5

En somme ces quatre observations montrent que si l'élongation des nerfs dans les cas d'hémiplégie spasmodique infantile avec épilepsie peut se trouver indiquée par les douleurs qui siègent quelquefois dans les membres contracturés, cette opération n'est d'aucune utilité au point de vue des mouvements athétosiques, ni au point de vue des attaques convulsives qui peuvent même devenir plus fréquentes.

DÉLIRE DES NÉGATIONS

A APPARITION PRÉCOCE CHEZ UNE MÉLANCOLIQUE

PAR

Le D^r Édouard TOULOUSE,
MÉDECIN-ADJOINT DE L'ASILE SAINT-YON.

J'ai eu l'occasion de rapporter dernièrement ⁽¹⁾ une observation de délire des négations systématisé, survenu assez précocement chez une mélancolique anxieuse. Le hasard m'a permis d'assister à l'apparition encore plus précoce d'un délire des négations chez une femme, actuellement en traitement à l'asile Saint-Yon. Pour cette raison d'abord, cette observation mérite d'être publiée. D'autre part, le délire des négations étant encore à l'étude, il est bon que tous les cas connus soient relatés.

La plupart des aliénistes qui se sont occupés de ce syndrome ⁽²⁾ ont insisté sur ce fait qu'il survenait ordinairement chez des personnes dont les antécédents personnels ou ancestraux étaient chargés de tare névropathique. M^{me} Mét... n'échappe pas, en ce point, à cette remarque. Si son hérédité vésanique est moins lourde que chez la malade dont j'ai communiqué l'histoire à la Société médico-psychologique, elle n'est pourtant pas exempte de tâches. Son grand-père maternel était alcoolique. Il fut enfermé à l'asile de Caen, où il mourut.

(1) Société médico-psychologique de Paris; séance du 30 janvier 1893 (*Ann. méd.-psych.*, février-mars 1893).

(2) Voir ma Revue critique sur le *Délire des Négations*, in *Gazette des Hôpitaux*, 16 mars 1892. — Le prochain N° du Bulletin donnera un résumé des vues de l'auteur sur le délire des négations. J. M.

Sa grand'mère manifesta à un moment de son existence des idées mélancoliques, qui ne nécessitèrent pourtant pas son internement. C'est là tout, ou presque tout ce que j'ai pu savoir sur les antécédents héréditaires de M^{me} Mét...; car il faut encore noter une fécondité très grande des membres de sa famille. Bien que le père de la malade fût un enfant naturel et ne connût jamais ses parents proches ou éloignés, les ascendants et collatéraux maternels de M^{me} Mét... représentaient un arbre généalogique des plus touffus. Son grand-père maternel était le frère de neuf enfants; et cette faculté prolifique ne se tarit point dans la descendance de toutes ces personnes, car à une réunion de famille tenue dans ces temps derniers, les membres présents furent au nombre de 64(?). Cette fécondité anormale, dont on a voulu faire un caractère des familles névropathiques, est donc digne d'être noté.

Il est à remarquer cependant que M^{me} Mét... n'a eu que trois grossesses, dont une seule arriva à terme et encore pour donner lieu à la naissance d'un enfant mort. Je n'ai pourtant pas relevé sur elle des traces de syphilis.

Cette malade fut réglée à l'âge ordinaire, vers 13 ans; mais sa menstruation a toujours été capricieuse : elle retardait ou avançait. A part l'irrégularité de cette fonction physiologique, elle prétend n'avoir jamais été sérieusement malade. Sans être très robuste, elle a toujours joui d'une bonne santé. Son caractère était plutôt gai; et elle ne paraît pas avoir eu auparavant des idées bizarres, des impulsions irrésistibles, bref, aucune des manifestations d'une organisation mentale vésanique. Il faut d'ailleurs avouer que les antécédents personnels des aliénés sont rarement connus dans toute leur vérité. Il y a toutes sortes de difficultés à ces recherches, que seul les parents directs, et encore s'ils sont quelque peu intelligents, peuvent vous faciliter.

M^{me} Mét... s'était mariée à 20 ans avec un homme qu'elle aimait. Elle aidait son mari dans son commerce, était travailleuse et satisfaite de sa position. Aucun chagrin bien vif, aucune contrariété morale puissante, aucune grave maladie

apparente n'étaient venus la troubler, lorsque, en juin 1892, elle se sentit abattue, incapable de s'intéresser à ses occupations ordinaires. Elle souffrait alors de douleurs dans le bas-ventre, pour lesquelles elle alla consulter un médecin, qui lui parla d'une opération éventuelle. Au retour de cette visite, elle s'alita. C'est de ce moment que, pour son entourage, date le début de ses troubles mentaux.

D'après les renseignements que j'ai pu recueillir, la malade s'est comporté comme une mélancolique anxieuse. Elle se désolait, pleurait, déclarait qu'elle allait mourir. La nuit elle était très agitée et ne dormait pas. A différentes reprises elle refusa de manger, toujours sous le prétexte que sa fin était proche. Cependant elle avait en même temps des idées de suicide. Mais il ne paraît pas qu'elle ait tenté bien sérieusement de mettre ces projets funestes à exécution. Lorsqu'elle cachait un couteau sous son matelas, elle prévenait aussitôt son mari afin qu'il l'empêchât de s'en servir. Elle se frappait la tête contre les murs ou se la martelait avec ses poings, sans se faire de blessures; ou encore elle se fourrait le doigt dans le nez pour provoquer une hémorrhagie mortelle. Elle essaya aussi d'avalier des substances inoffensives, de la laine par exemple, dans le but de s'empoisonner. Donc, si les idées de suicide existaient, la volonté de les exécuter manquait. Ce fait a été observé dans des cas analogues d'anxieuses négatrices. Il semble que dans l'état de fatigue morale où ces malades se trouvent, ils sont incapables de trouver l'énergie nécessaire pour s'ôter la vie.

Elle fut internée au mois d'août 1892. Le médecin, qui la vit avant sa séquestration, constata qu'elle était une mélancolique ayant des idées de suicide, qu'elle se plaignait *d'avoir un mal dans le cerveau qu'on ne pourrait lui enlever*, et qu'elle ne paraissait pas avoir d'hallucinations. Notons que dès ce moment, cette idée d'incurabilité, qui est en quelque sorte le prodrome de l'idée d'immortalité, était exprimée par la malade.

A l'asile elle fut considérée comme une mélancolique

anxieuse. Elle se plaignait de maux de tête et de ne pouvoir dormir, et déclarait souvent que sa maladie ne guérirait pas. Enfin dans ces derniers temps, elle exprima un matin des idées de négation. Je l'interrogeai avec soin et je fus étonné de constater que ses conceptions négatives étaient très étendues, stables et parfaitement systématisées.

Quel est le début précis de ce délire ? Il est difficile de le dire. D'après les renseignements fournis par la malade, il semble qu'il date de plusieurs mois. Même en ne le faisant remonter qu'au moment où il a été constaté, on remarque que son apparition est précoce. Dans les observations de Cotard ⁽¹⁾ et de la plupart de ceux qui se sont occupés de cette variété vésanique ⁽²⁾, c'est généralement après plusieurs années d'incubation d'hypochondrie morale, de mélancolie anxieuse, que les idées de négation se montrent et se systématisent. Chez M^{me} Mét..., le délire des négations est constaté environ 6 mois après le début des troubles mentaux. M. Ballet ⁽³⁾ a relaté un cas analogue.

A quoi attribuer cette précocité ? A l'hérédité vésanique ? Mais elle est presque toujours chargée chez les négateurs. Remarquons que M^{me} Mét... est à son premier accès de mélancolie, et qu'auparavant elle ne paraît pas avoir eu d'accidents vésaniques de quelque importance.

Au point de vue étiologique, son histoire est donc intéressante. A part sa tare héréditaire, M^{me} Mét... a toujours semblé jouir d'une bonne santé morale. Elle n'a jamais eu d'accidents psychopathiques durant sa jeunesse, et voilà que, soudainement, à l'âge de 36 ans, avant la ménopause, elle devient mélancolique et presque tout de suite manifeste des

(1) COTARD, *Du délire des négations* (*Archives de Neurologie*, n° 11 et 12, 1887).

(2) CAMUSET, *Du délire des négations* (*Rapport du Congrès de Blois*, 1892). — *Compte rendu du Congrès de Blois* (*Arch. de Neurologie*, septembre 1892). — ARNAUD, *Délire des négations* (*Ann. méd.-psych.*, 1892).

(3) *Compte rendu du Congrès de Blois*, ouvr. cité.

idées de négation, qui, comme on va le voir, sont très nettement systématisées.

Car il est temps de décrire l'état mental actuel de la malade. Les idées de négation sont chez elle des plus faciles à constater, bien qu'elles ne soient pas très étendues. Elle déclare tout d'abord qu'on lui a ôté sa tête, que celle qu'elle a n'est plus la même que celle qu'elle avait jadis. C'est le Seigneur qui a opéré cette transformation, dans un but de punition; car elle est damnée. Elle n'a donc plus sa tête d'antan. Encore si la nouvelle était bien organisée! Mais, cette tête d'emprunt, c'est une boule d'os ou de bois, où il n'y a rien. Si on lui enlevait le cuir chevelu, on ne trouverait ni cerveau, ni nerfs, ni chair, ni quoi que ce soit qui donne la pensée. Aussi ne peut-elle plus réfléchir, ni sentir, ni vouloir.

Ses yeux aussi sont changés. Auparavant ils étaient trop *clairs*, ce qui la faisait souffrir. Ses oreilles s'en vont; elles s'émiettent comme du plâtre. Son nez est resté, mais *il a la saillie du squelette*; il ne sert plus à rien. Ses dents ne sont plus en ivoire; elles sont en fer, aussi ne pourrait-on les arracher. Les cheveux n'ont plus l'aspect ni la force d'autrefois; ils sont comme *rentrés en eux-mêmes*.

Son cou n'est plus droit. Elle ne peut le relever; aussi sa tête penche-t-elle toujours. Son gosier n'est pas comme celui de tout le monde. Aussi insiste-t-elle pour que j'examine sa gorge, pendant qu'elle m'explique que les deux parties qui tiennent le gosier (les voiles du palais probablement) ont été déchirés et n'existent plus.

Son cœur est arrêté; il ne bat plus. On pourrait piquer toutes ses veines; il n'en sortirait pas une goutte de sang. Elle n'a plus de chair; elle imprime ses ongles sur sa peau, et s'écrie: « Vous voyez: cela reste, ce n'est plus de la chair. »

Les idées de négation de cette malade portent sur sa constitution physique et psychique, principalement sur la première, et dans celle-ci, plus particulièrement sur les organes contenus dans la tête. Elles ne sont pas toujours formulées dans des phrases grammaticalement négatives.

Mais quand elle dit par exemple que ses oreilles s'en vont, il est clair qu'elle constate une destruction d'organe, qui n'est pas encore achevée, mais qui est en train de se faire. Ces idées de négation physique sont associées à des idées de transformation de même ordre. Il semble que ce soit là une preuve en faveur de cette hypothèse ⁽¹⁾ très probable que la négation est l'expression d'une perception coenesthétique changée. Les deux groupes d'idées s'observent chez ma malade dans une coexistence qui montre bien leur parenté.

Ce qui domine chez M^{me} Mét... et ce qui constitue à mon avis le syndrome appelé *Délire des Négations* par Cotard, c'est surtout cette tendance négative, qui pousse la malade, d'abord étonnée par la nouveauté de ses perceptions, à croire à des changements plus ou moins bizarres survenus dans ses organes qu'elle finit par nier. Cette tendance négative est très envahissante et se reconnaît dans tous les modes de son activité intellectuelle. Elle est en quelque sorte la tonalité dominante de sa pensée. Et c'est en cela que les malades de ce genre ont une physionomie psychique bien spéciale.

Se sentant transformée et réduite à l'état de *squelette*, M^{me} Mét... se déclare immortelle. Cette idée est au plus haut point négative; elle est la conclusion logique des autres portant sur ses différents organes. La malade est donc immortelle, mais d'une certaine manière. Ce n'est point là une idée de grandeur, comme on en rencontre chez certains persécutés, qui eux aussi sont parfois immortels, parce qu'ils ont trouvé le moyen de vivre éternellement ou parce qu'ils sont d'une nature quasi divine. Ceux-là s'enorgueillissent de cette faculté supra-terrestre. Tout au contraire d'eux, M^{me} Mét... est immortelle parce qu'elle est damnée, parce qu'elle est une indigne qui ne priait pas Dieu et à qui Dieu a infligé un châtiment terrible. Car c'est une peine, et une peine épouvantable que cette immortalité dont elle souffre. Loin d'en être fière,

(1) SÉGLAS, *Pathogénie des idées de négation* (Ann. méd. psych., 1889, t. 10).

elle la déplore, elle en gémit toute la journée. C'est donc bien là une idée de grandeurs à rebours ⁽¹⁾, telle que Cotard a différenciée d'avec les conceptions ambitieuses des persécutés.

Il y a encore une remarque à faire sur cette idée d'immortalité qu'a M^{me} Mét... Elle est immortelle et en même temps elle est morte. Elle ne pense plus, elle n'a plus de chair, elle est réduite à l'état de squelette, et c'est pour cela qu'elle ne vit plus, ou tout au moins qu'elle ne vit plus comme jadis et de la même manière que les autres. Mais en même temps elle a conscience de cet état, qui emprunte à la vie ses souffrances et à la mort la durée éternelle. « Je suis immortelle, me dit M^{me} Mét..., parce que je suis un squelette, c'est-à-dire, parce que je suis ce qui est immortel en nous. » Elle sent bien qu'elle ne vit pas, puisque sa tête est vide, que son cœur ne bat plus, mais elle sent aussi qu'elle n'est pas morte complètement, puisqu'elle a encore les apparences de la vie, la souffrance et la faculté de se lever, de marcher, de manger.

Une autre malade formulait cette conception complexe ainsi : elle se disait morte vivante.

M^{me} Mét... est absolument persuadée qu'elle est morte physiquement. Aussi souriait-elle en me racontant ses tentatives antérieures de suicide. Pourquoi essaierait-elle de se tuer ? Une balle de revolver ricocherait dans sa tête comme dans une armoire ; aucun poison ne pourrait la faire mourir.

Cependant comme je lui énumérais tous les procédés par lesquels on pouvait essayer de la détruire, elle me disait que si on la brûlait et qu'on la réduisit en cendres, elle ne souffrirait plus. Il ne resterait plus rien alors de ses formes vides, de ses apparences d'être vivant.

On se rappelle qu'elle se croyait damnée. Mais il est bon de faire remarquer que cette idée n'est pas en rapport immédiat avec son délire des négations. La damnation est une explication que le malade imagine pour donner une cause à

(1) COTARD, *Le délire d'énormité*. — Société méd.-psych. (séance du 26 mars 1888).

ses souffrances. Aussi est-il bon de ne pas considérer cette conception délirante comme un symptôme intégrant du délire des négations ⁽¹⁾.

Les facultés intellectuelles de M^{me} Mét... ne sont pas du tout affaiblies. Sa mémoire est bonne. Elle n'a pas d'effacement ou de perte de la vision mentale, symptôme qui paraît avoir quelque rapport avec les idées de négation ⁽²⁾. Elle raisonne bien sur tout ce qui ne touche pas aux matières de son délire hypochondriaque. Elle n'a pas d'hallucinations, ni d'illusions sensorielles.

Mais elle se sent transformée. Le monde extérieur ne lui paraît pas le même que jadis. Et cependant elle distingue tout et se rend compte parfaitement des choses qui l'entourent. Elle ne peut s'expliquer sur ses sensations nouvelles, qu'aucun mot ne pourrait rendre. Elle essaie, puis s'arrête en déclarant que cela lui est impossible et que jamais chose pareille ne s'est passée dans l'univers. Elle ressent en outre une diminution profonde de son énergie physique et morale.

Quelle est la pathogénie des idées de négation chez M^{me} Mét... ? On sait que l'opinion commune ⁽³⁾ est de rattacher ces idées à des troubles de la coënesthésie, qui fournit d'après les philosophes les principaux éléments de la personnalité. Mais comment étudier ces troubles en eux-mêmes ?

J'ai cherché du côté des fonctions sensorielles quelques lésions qui puissent être les agents provocateurs de ces idées délirantes.

La sensibilité est atteinte surtout dans la partie supérieure du corps ; je rappelle à ce propos que les idées de négation de M^{me} Mét... portent principalement sur les organes et les régions situées dans cette zone. Le membre supérieur, le cou et la tête présente une diminution des trois formes de la sensibilité, au tact, à la température et à la douleur. Cette anes-

(1) SÉGLAS, *Compte rendu du Congrès de Blois*, ouvr. cité.

(2) TOULOUSE, *Le délire des négations*, ouvrage cité.

(3) SÉGLAS, *Pathogénie des idées de négation*, ouvrage cité.

thésie serait profonde et intéresserait la peau, les muscles et même les os. Cependant il est bon de se mettre en garde contre les tendances des négateurs à formuler des réponses en rapport avec leur délire, quand on les interroge sur le fonctionnement de leurs organes : cela rend leur examen excessivement difficile. Ainsi je donne à M^{me} Mét... le dynamomètre, et la prie de presser. Elle serre mollement, et déplace à peine l'aiguille, en disant : je n'ai pas de force ; et cependant le lendemain elle obtenait le chiffre 28 de la main droite, mais par contre elle n'obtenait que le chiffre 8 de la gauche.

Pour ce qui est de l'anesthésie, j'avoue que je ne l'indique que sous réserves. Je peux affirmer cependant qu'il y a tout au moins de l'obtusion. J'aurais voulu faire plusieurs explorations complémentaires, et aussi tâcher par des expériences spéciales d'établir des rapports entre ces troubles esthésiques et la personnalité de la malade, en m'aidant des récentes recherches de MM. Paul Janet ⁽¹⁾ et Binet ⁽²⁾, mais je n'ai pu obtenir de M^{me} Mét... qu'elle se prêtât à mon examen. Elle déclare avec entêtement que tout ce que je ferai ne servira à rien et qu'il est donc tout à fait inutile qu'elle *endure mes essais*. Je n'ai rien pu obtenir d'elle.

Le sens musculaire paraît aussi atteint. Les réflexes sont conservés ; ceux de l'avant-bras (anesthésié) paraissent même exagérés.

Disons ici qu'il n'y a pas, à part cette anesthésie, de symptômes hystériques. La malade n'a jamais eu de crises nerveuses, ni d'autres stigmates de cette névrose. D'ailleurs la vision des deux yeux est normale, tant pour l'étendue du champ visuel et de l'acuité de la vision que pour la reconnaissances de couleurs. Il en est de même pour l'audition, l'odorat et la gustation.

(1) PAUL JANET, *L'automatisme psychologique et L'état mental des hystériques*.

(2) BINET, *Les altérations de la personnalité*.

L'anesthésie est d'ailleurs un symptôme fréquent chez les mélancoliques et notamment chez les négateurs (Cotard).

Au point de vue physique, la malade ne présente pas de lésions organiques importantes. La peau n'est ni sèche, ni terne, ni violacée comme chez les mélancoliques. Il existe un certain degré d'embonpoint. La langue est bonne. La digestion se fait bien; l'appétit est satisfaisant.

Cette observation est donc assez instructive. Elle montre que les idées de négation systématisées peuvent se montrer de très bonne heure chez les mélancoliques, alors que Cotard inclinait à croire qu'elles sont un épisode tardif. La raison de cette précocité d'apparition est difficile à donner. Je crois que les tares héréditaires, communes chez la plupart des négateurs et même de tous les aliénés, n'ont pas ici grande valeur pathogénique. On a d'ailleurs trop de tendances à trouver dans l'hérédité ⁽¹⁾ une explication commode de tout ce qui est inexplicable en aliénation mentale. Il est plus probable que la nature et la disposition des lésions de la sensibilité, si fréquentes chez les mélancoliques, soient les conditions du développement plus ou moins précoce des idées négatrices. Aucune recherche sérieuse n'a été faite pour établir ce rapport. Il est fâcheux que M^{me} Mét... n'ait pas voulu se prêter à quelques petites expériences, qui auraient été intéressantes à faire.

Enfin il ressort encore de l'étude attentive de cette observation que le délire des négations n'est qu'un syndrome, opinion que j'ai déjà formulée ⁽²⁾, et non une entité vésanique à marche progressive, en tout comparable au délire des persécutions, ainsi qu'on l'a décrit dans ces derniers temps. Chez M^{me} Mét..., qui manifeste des idées de négation nettement systématisées, accompagnées d'idées d'immortalité et aussi de damnation, il n'est pas possible de constater cette marche

(1) TOULOUSE, *Rapports du goître exophtalmique et de l'aliénation mentale* (*Gazette des Hôpitaux*, 31 décembre 1892).

(2) TOULOUSE, *Le délire des Négations*, ouvrage cité.

lente, ces périodes échelonnées, cette allure progressive que veulent voir MM. Falret et Arnaud, et qui ne sont d'ailleurs pas indiqués dans les mémoires de Cotard. Quant à établir des variétés et à admettre des délires des négations à évolution progressive, semblables aux délires des persécutions de Lasègue ou au délire chronique de M. Magnan, et aussi des délires des négations comparables par leur développement aux délires des persécutions des dégénérés, ce serait pousser bien loin l'analogie entre ces deux groupes morbides et inventer de toutes pièces des formes vésaniques dans un désir inconscient de mettre de la symétrie et de l'harmonie dans la classification des maladies mentales.

Il est plus simple et probablement plus juste d'admettre que le délire des négations est un syndrome, qui se manifeste le plus souvent dans la mélancolie parcequ'il y trouve les conditions psycho-physiologiques propres à son apparition, mais qui peut se rencontrer ailleurs et notamment dans certains délires des persécutions. Il paraît se greffer sur des troubles esthésiques qu'il serait nécessaire de bien étudier, où qu'on les rencontre. Lorsqu'il apparaît dans une vésanie, il est très envahissant, à la manière de ces plantes parasites dont les frondaisons finissent par voiler l'arbre nourricier; et c'est ainsi qu'il arrive à jouer un rôle prédominant dans l'histoire délirante du malade et à justifier, par les désordres psychiques qu'il cause, l'attention que les observateurs lui accordent.

MANIE PÉRIODIQUE

PAR

Le D^r Jules DAGONET,

Médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne à Paris.

Dans les *Annales médico-psychologiques*, en mars 1882, le D^r Taguet a publié un intéressant travail sur le *délire intermittent*. Il cite l'observation d'une dame de P..., chez laquelle il existait une prédisposition héréditaire, et qui était sujette à des accès intermittents d'agitation violente. Les accès qui se produisaient d'abord d'une manière irrégulière ne tardèrent pas à devenir réguliers et franchement intermittents, ils avaient lieu tous les quinze jours, ou au plus tard tous les mois, leur durée dépassait rarement deux ou trois jours. Dans l'intervalle, la malade était gaie et racontait avec une lucidité parfaite à un petit cercle d'amis, tous les phénomènes de son délire. Puis les crises sont devenues plus fréquentes, tous les quatre jours environ, mais elles conservaient à peu près la même durée.

La malade est avertie de l'imminence de son accès par une *douleur intercostale* qui s'exaspère par la pression, des bourdonnements d'oreilles, etc.; en même temps la figure exprime la souffrance, les traits sont tirés.

La malade s'éloigne de ses compagnes, lutte visiblement contre le flot qui monte; un rien fait éclater l'accès, c'est une véritable attaque d'épilepsie psychique.

M^{me} de P... chante, crie, déchire ses vêtements et court échevelée vers la cellule qui la reçoit habituellement, renverse tout sur son passage, tant la violence est grande, ferme les portes avec fracas et les jette volontairement à la tête de ceux

qui la suivent. Une fois arrivée à sa cellule, elle se laisse mettre la camisole sans résistance aucune, tout en continuant à crier et à vociférer, elle se jette sur son lit qu'elle bouleverse en un clin d'œil, hurle plutôt qu'elle ne chante, un air monotone, qui revient invariablement à chaque crise.

Pendant toute la durée de la crise, qui excède rarement plus de quarante-huit heures, la malade ne prend aucune espèce de nourriture.

L'agitation cesse d'une manière *aussi brusque* qu'elle a commencé; un sommeil profond et prolongé vient réparer les forces de la malade. Telle est, dit le Dr Taguet, l'existence de M^{me} de P... depuis 40 ans; malgré le grand nombre des accès et leur intensité, ses facultés intellectuelles n'ont pas subi le moindre choc. L'état physique ne laisse rien à désirer, la menstruation a toujours été régulière, la ménopause s'est passée sans orages.

L'auteur que nous citons présente à ce sujet de judicieuses considérations. Suivant lui, le *délire intermittent* doit être séparé de toute autre forme d'aliénation mentale. Il est variable suivant les individus, mais toujours identique chez la même personne; dans la période la plus aiguë de l'affection, les malades conservent, comme cela arrive dans la manie hystérique, une partie de leur intelligence et de leur libre arbitre, mais qu'ils sont impuissants à diriger. Le délire intermittent ne reconnaît qu'une seule cause l'hérédité; toutes les autres, à quelque ordre qu'elles appartiennent, ne sont que secondaires, accidentelles. Sa durée est variable, mais on peut dire en général, qu'elle excède rarement quelques semaines, le plus souvent au bout de quelques jours tout est terminé, ce qui n'a pas lieu pour d'autres formes d'aliénation mentale, la manie par exemple, qui demande en moyenne de un à trois mois. Cette durée limitée explique pourquoi l'on ne rencontre pas ici les altérations de la peau, l'anémie et l'amaigrissement qui appartiennent aux autres formes.

Enfin la guérison, lorsqu'elle a lieu, s'établit d'emblée par l'affaiblissement insensible de tous les symptômes, sans qu'on

observe comme ailleurs, ni rémission, ni phénomènes critiques qui ne sont après tout que l'exagération d'une fonction physiologique restée en souffrance.

L'observation suivante, que nous rapportons avec quelques détails, peut être rapprochée de celle du Dr Taguet :

Manie périodique ayant duré 23 ans et succédant à une manie récidive (6 accès maniaques de 1853 à 1867). Guérison après 37 ans de maladie.

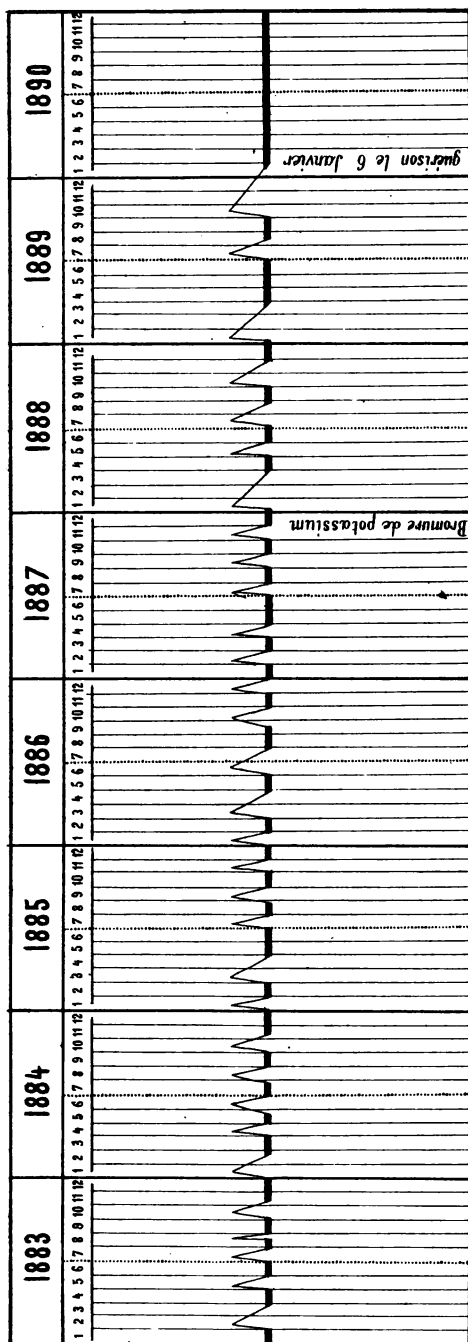
Victoire R... est âgée de 63 ans, elle est grande, bien constituée, d'un tempérament sanguin; elle ne présente aucun stigmate de dégénérescence, aucune malformation. Son *frère*, qui lui ressemble beaucoup au physique, a toujours été bien portant, il a 65 ans. La *mère* est morte de gangrène sénile à 75 ans; le *père* de tuberculose pulmonaire, après trois ans de maladie, et à l'âge de 51 ans. Il n'aurait existé rien d'anormal au point de vue mental chez les parents comme chez les grands parents, morts âgés. Cependant nous avons appris qu'un *oncle paternel* de Victoire aurait été traité dans un asile pour un accès d'aliénation et qu'il en serait sorti guéri, sans qu'il nous ait été possible de recueillir des renseignements précis.

Victoire R... a vécu à la campagne, car ses parents étaient cultivateurs. Elle a été réglée à 15 ans; les fonctions menstruelles se sont toujours accomplies jusqu'à la ménopause, sans exercer d'influence même sur les accès maniaques.

Victoire n'a pas fait de maladies graves jusqu'à l'âge de 24 ans.

A cette époque, en 1853, elle a éprouvé de grandes contrariétés, au sujet de questions d'intérêt. Son père avait avancé à un parent une somme de 30,000 francs, que sa famille croyait devoir être perdue. Un samedi, jour où elle devait aller au marché vendre les produits de la ferme, elle dit à ses parents : « Vous voulez que j'aille au marché, je n'en suis pas capable, je ne sais ce que j'ai, cela ne va pas. » Elle resta sombre et préoccupée toute la journée, ainsi que le dimanche suivant, et dans la nuit, après ce stade de dépression, éclata *brusquement* un accès maniaque, qui dura trois mois, pendant lesquels elle fut soignée chez ses parents.

Manie périodique Victoire R...



Accès maniaques
Intervalles lucides.

Bromure de potassium

guérison le 6 janvier

Quatre mois après la guérison, sans cause connue, éclate un *nouvel accès*, semblable au précédent par la brusquerie du début et par la durée (trois mois), mais beaucoup plus violent. On conduisit la malade à Charenton, dans le service du D^r Calmeil; elle sortit guérie, et reprit ses occupations à la ferme pendant une période de six ans, de 1854 à 1860.

En 1860, *troisième accès* maniaque de plus de cinq mois; en effet, Victoire R... rentre chez elle améliorée, non guérie; elle reste bizarre dans sa conduite et absorbée. Un jour où elle était seule à la maison, elle ferme les portes et les fenêtres, allume un réchaud et se couche sur son lit. Son frère la trouve inanimée; il peut cependant la rappeler à la vie. Enfin, intervalle lucide de quatre ans.

En 1865, *quatrième accès* maniaque de trois mois, suivi d'un intervalle de sept mois.

Le 21 mai 1866, *cinquième accès* de deux mois, et intervalle de quatre mois.

Le 26 novembre, *sixième accès* d'un mois, intervalle de deux mois. A partir de cette époque la manie devient *périodique*, les accès et les intervalles ont une durée à peu près analogue, habituellement chacune de ces périodes est d'un mois.

L'intermittence persiste dans les dernières années encore; il y a en moyenne cinq accès maniaques par an, la durée totale de ces accès étant d'environ sept mois, celles des intervalles lucides de cinq mois. Les mois de juin et de décembre semblent être les meilleurs pour la malade.

Voir le tracé des accès survenus pendant les sept dernières années.

Prenons la dernière année, l'année 1889 : le premier accès commence le 9 janvier pour terminer le 8 avril. L'intervalle lucide s'étend jusqu'au 1^{er} juillet, pour faire place à un accès terminé le 14 août; nouvel intervalle d'un mois et demi; puis accès maniaque le 6 octobre : il cesse le 6 janvier 1890, et il peut être considéré comme une succession d'accès.

L'accès maniaque se présente invariablement avec les mêmes prodromes et les mêmes caractères, mais dans sa durée, il ne peut être question de régularité mathématique. Comme nous venons de le voir, les accès les plus fréquents sont d'un mois ou de deux mois. Quelquefois ils durent davantage, trois mois; ce n'est plus alors un accès, mais une série d'accès.

Prodrômes. — Un ou deux jours avant l'accès, Victoire R..., devient taciturne; elle demande à retourner chez son père, à sortir pour faire différentes emplettes inutiles. Elle est prise en même temps d'un *hoquet*, persistant et particulièrement pénible, qui ne cesse que la nuit pour reprendre le lendemain au réveil; puis *brusquement*, pendant la nuit ou dans la journée, éclate l'accès maniaque. Elle a les yeux injectés, la figure congestionnée, on voit battre les carotides, elle devient agressive, profère des injures, crie, gesticule,

L'excitation augmente très rapidement pour atteindre vers le deuxième jour, son apogée. C'est de la *fureur maniaque*, la malade rit convulsivement, vocifère, chante des paroles incohérentes en recherchant l'assonance, brise, déchire tout, elle met en lambeaux ses vêtements et ses couvertures pour orner ses cheveux, elle se met entièrement nue ou se drape dans des haillons. Elle répète en criant les questions qu'on lui adresse, crache à la figure des personnes, cherche à les frapper ou leur adresse des insultes grossières; la gardienne seule peut entrer sans danger dans sa cellule. La figure et les lèvres sont agitées continuellement de tremblements de fureur. C'est un désordre absolu dans les idées et dans les actes, tout est impulsion. Ce déchainement de fureur dure environ huit ou dix jours, puis fait place à une période d'*épuisement*; la malade devient silencieuse, reste immobile, refuse de répondre ou, si l'on insiste, elle profère encore quelques vociférations qui montrent que l'excitation persiste encore. En effet, on voit souvent au bout de quelques jours, au moment où l'accès semble devoir faire place à l'intervalle lucide, un nouvel accès se produire, et nous avons pu même observer une série de huit accès consécutifs, représentant une durée de trois mois. D'autre fois, il n'y a qu'un seul accès de quinze jours ou d'un mois.

Au bout de huit ou dix jours d'épuisement (cet épuisement est beaucoup moins long que dans la manie simple, et Krafft-Ebing en fait un signe diagnostique de la manie périodique), la conscience revient, la malade demande à se promener, elle répond à quelques questions, et se remet peu à peu au travail; c'est la période intermédiaire de l'*intervalle lucide*, dont la durée plus ou moins longue varie avec celle de l'accès. La lucidité devient complète; la malade est douce, complaisante,

elle travaille beaucoup, elle aime à s'occuper des soins du ménage, à raccommoder, etc. C'est une autre personne et l'intervalle présente un contraste frappant avec la phase maniaque. Si l'on cause avec la malade, on n'observe aucun affaiblissement des facultés. Victoire fait preuve de bon sens, tout en étant d'une intelligence peu développée; elle a une bonne mémoire, mais le souvenir de l'accès n'existe pas.

La comparaison de cette affection avec l'épilepsie vient naturellement à l'esprit, sans que l'on puisse songer un seul moment à une psychose épileptique. L'aura est représenté ici par les prodromes; l'accès est brusque et convulsif, mais avec une durée prolongée; il est suivi d'une phase d'épuisement; enfin, il ne reste aucun souvenir de l'accès.

La santé physique est bonne. Nous n'avons pas observé de changement dans le poids du corps; les pupilles ne présentent pas de modifications dignes d'être notées; il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines, pendant ou après l'accès.

Comme dans l'observation du Dr Taguet, on peut noter que la cause héréditaire, quoique peu intense, paraît exister chez notre malade. Le délire, avant de devenir franchement intermittent, est précédé d'accès irréguliers d'aliénation mentale. La périodicité n'existe pas au début: elle est la conséquence d'accès maniaques qui, en se répétant, ont fini par établir des conditions spéciales.

L'accès maniaque présente invariablement les mêmes prodromes et les mêmes caractères d'excitation furieuse, un *hoquet* persistant est, entre autres symptômes nerveux, le signe prémonitoire.

Habituellement, ce sont des hyperesthésies, certaines névralgies du trijumeau ou des nerfs intercostaux, qui sont indiquées, ou encore des hallucinations. On connaît l'observation de Schüle ⁽¹⁾ d'un périodique qui était averti de l'explosion de son accès de manie par la présence d'un oiseau

(1) SCHÜLE, *Traité des maladies mentales*. Traduction française par J. Dagonet et Duhamel, p. 281.

gris qui lui apparaissait tout à coup : il savait alors ce qui allait arriver, rentrait chez lui, mettait en ordre sa maison, et réclamait son admission dans l'asile d'aliénés.

Pendant la période d'intermittence, la lucidité est complète. On admet, en général, que l'intervalle présente quelques signes anormaux, qu'il y a une certaine irritabilité du caractère, etc. Si dans l'asile le malade paraît normal, au dehors on verrait bien qu'il n'en est rien. Schüle distingue ainsi les intervalles qui séparent les récidives de la manie et qui seraient absolument normaux des intervalles de la manie périodique qui n'auraient pas ces caractères. Ici l'intervalle de lucidité paraissait absolument normal, et notre malade, de de temps à autre, pouvait vivre une quinzaine de jours au dehors. A l'inverse de l'observation du Dr Taguet, mais comme cela arrive pour les accès qui présentent une grande intensité, le souvenir de l'accès n'existait pas ou il était très confus. De plus, chez notre malade, la période de délire avait parfois une longue durée, mais nous avons vu qu'elle pouvait être considérée comme composée d'une série variable d'accès.

Depuis trois ans, c'est-à-dire depuis le 6 janvier 1890, notre malade n'a plus présenté d'autre trace de sa maladie que la persistance du hoquet, qui revient de temps à autre mais avec des caractères très atténués, et qui paraît avoir remplacé l'accès maniaque.

Victoire R... est sortie par *guérison* de l'établissement où elle était restée de si longues années en traitement, et elle a repris ses occupations à la ferme. Elle peut être considérée comme guérie de sa manie périodique. Si l'on peut toujours craindre une rechûte, pourquoi aussi cette guérison ne serait-elle pas définitive? Malgré la longue durée de la manie périodique, Victoire R... ne présente pas d'affaiblissement des facultés. La guérison est un fait exceptionnel, elle a été constatée par quelques auteurs, mais indiquée surtout pour les accès maniaques intenses de *courte* durée (Kirn, Mendel). Habituellement les accès se rapprochent, et après un dernier paroxysme, les malades deviennent des maniaques chroniques.

Schroeder van der Kolk a décrit un cas de manie intermittente de courte durée où le malade tous les deux jours vers midi était pris de fureur maniaque ; le lendemain il était bien portant. Cette manie devint continue, puis se termina par la démence.

En ce qui concerne le pronostic de la manie périodique, notre observation montre donc qu'il faut se ranger à cette opinion du professeur Mendel : « On considère en général, la manie périodique comme une maladie incurable. Le pronostic absolument défavorable que l'on porte n'est pas justifiée, et il y a des cas de guérison, même après une longue durée. »

Si, bien des formes d'aliénation mentale sont rebelles à toute *thérapeutique*, et si les formes périodiques ont été classées dans ce groupe, nous devons relever encore un fait intéressant de notre observation, qui nous paraît ne pas avoir été étranger à la guérison.

En dehors des mesures d'hygiène générale et de surveillance, la première indication thérapeutique était de chercher par tous les moyens possibles à rompre la périodicité. Après avoir essayé les agents thérapeutiques les plus divers, qui ont été mal tolérés par la malade et qui provoquaient souvent le vomissement, à cause de l'excitabilité du pneumogastrique, le *bromure de potassium* seul semblait devoir donner de bons résultats. Dès que le *hoquet* apparaissait, la malade prenait *progressivement* de hautes doses de bromure, elle pouvait dépasser même la quantité de 15 grammes par jour, sans inconvénients. Cette médication, qui était admirablement supportée, donnait lieu à une simple exagération de l'appétit. Sous l'influence du bromure de potassium, l'excitabilité du pneumogastrique diminuait, le hoquet cessait, et l'accès, sensiblement retardé, ne se produisait que huit ou dix jours plus tard. Le bromure a été administré en décembre 1887 et continué pendant les deux années qui ont précédé la guérison, seulement au moment de l'apparition du hoquet et même après la disparition des accès maniaques. (Voir sur le tracé l'irrégularité des accès qui semble concorder avec la médication.)

Il y a de grandes différences entre les cas. Le professeur Mendel recommande les injections d'ergotine et se montre très sceptique vis-à-vis du bromure de potassium, qui n'exerce aucune action sur la manie. Il en est de même pour le professeur Krafft-Ebing qui préfère les injections de morphine. Dans le traité du professeur Krœpelin, au contraire, nous trouvons une confirmation du fait que nous avons observé chez notre malade, et nous nous faisons un plaisir de citer son opinion : « Je recommande vivement, dit-il, l'administration systématique du bromure de potassium, telle qu'elle a été indiquée par Kohn, et j'en parle par expérience personnelle. On donne de 12 à 15 grammes par jour, autant que possible avant l'explosion du paroxysme maniaque. Il arrive parfois d'empêcher ainsi d'une manière remarquable et certaine la production de l'accès. »

On devra naturellement éviter les accidents du bromisme et ne pas cesser brusquement la médication.

ANALYSES D'OUVRAGES.

TRAVAUX DE L'INSTITUT POUR L'ÉTUDE DE L'ANATOMIE ET DE LA
PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL, publiés par
le Dr OBERSTEINER, Professeur à l'Université de Vienne.

Analyse par le Dr FRANCOTTE, membre titulaire.

Il me serait difficile d'analyser le recueil si intéressant des travaux de l'institut pour l'anatomie et la physiologie du système nerveux central dirigé par le Prof. Obersteiner, parce qu'il renferme trop de données de nature technique et de recherches anatomo-pathologiques. Je devrai donc me borner à en indiquer le sommaire. Le recueil s'ouvre par une étude consciencieuse et très détaillée de Redlich *sur les racines postérieures de la moelle épinière et sur l'anatomie pathologique du tabes dorsal*. L'auteur expose les travaux antérieurs et ses propres recherches sur la constitution des cordons postérieurs, sur les lésions de ces cordons dans le tabes et sur les altérations de la substance grise et des colonnes de Clarke en particulier.

Le Dr Beer fait connaître l'emploi de la *coloration par le perchlorure de fer et la dinitrorésorcine pour l'étude des dégénération des nerfs périphériques*. Puis viennent des recherches expérimentales de Bregman *sur la dégénération ascendante des nerfs craniens* sensibles et moteurs, de l'œil, recherches qui aboutissent à constater que la section ou l'arrachement des nerfs craniens, aussi bien sensibles que moteurs, est suivi d'une dégénération des fibres nerveuses dans leur trajet intracranien.

Le travail de Poniatowsky a pour objet l'étude *des racines du trijumeau* dans le cerveau de l'homme, ainsi que de certains animaux.

C'est également une question d'anatomie normale et comparée que Braeutigam a étudiée : il a examiné les caractères macroscopiques et microscopiques du cône médullaire dans l'espèce humaine et dans quelques espèces animales.

Enfin, le Professeur Obersteiner fait ressortir les éclaircissements

obtenus sur la constitution du système nerveux par l'emploi des nouvelles méthodes de coloration : le procédé d'Ehrlich avec le bleu de méthyle employé sur le vivant, la méthode de Nissl pour la coloration des cellules nerveuses, les procédés de Weigert, de Marchi, de Golgi, etc.

Je propose de remercier M. le Professeur Obersteiner de son précieux envoi et de déposer celui-ci dans la bibliothèque.

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DE LA SYPHILIS CONGÉNITALE ET DE SES
RAPPORTS AVEC QUELQUES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX,
par le Dr ERLENMEYER, de Bendorf.

Analyse par le Dr FRANCOTTE, membre titulaire.

Le travail d'Erlenmeyer comprend deux parties : la première, destinée à élucider certains points de l'histoire de la syphilis congénitale, la seconde faisant connaître une maladie particulière du système nerveux propre au jeune âge : et vraisemblablement d'origine syphilitique.

Contrairement à l'opinion de Lesser, l'auteur établit par des observations tout à fait concluantes que la syphilis héréditaire peut demeurer latente pendant des années, jusque douze ans ; les circonstances qui la font apparaître sont la puberté, les traumatismes, parfois les maladies aiguës comme dans un cas d'Erlenmeyer, où le mal se développe à la suite d'une pleurésie. Les observations d'Erlenmeyer fournissent également une solution bien nette à une autre question encore contestée ; elles démontrent que lorsque la syphilis provient du mari et qu'il naît un enfant syphilitique, la mère n'est pas nécessairement infectée.

Enfin, ces mêmes observations tendent à infirmer la loi de Kasowitz d'après laquelle l'infection syphilitique serait moindre chez les enfants nés à une époque plus récente que chez les enfants procréés antérieurement. Erlenmeyer a encore constaté qu'il peut naître alternativement des enfants sains et des enfants syphilitiques : ainsi dans un cas, entre deux filles infectées naquirent deux garçons parfaitement indemnes.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur décrit une maladie qui se caractérise par un arrêt de développement et des convulsions limitées à une moitié du corps ; cette maladie dérive ordinairement de la syphilis héréditaire ; elle se rapproche de l'hémiplégie infantile qui a souvent la même origine.

La syphilis héréditaire détermine aussi assez fréquemment l'épilepsie congénitale associée ou non à de l'idiotie.

Je propose d'adresser des remerciements au Dr Erlenmeyer et de déposer son travail dans la bibliothèque.

ASSOCIATION DE TROUBLES HYSTÉRIQUES ET DE TROUBLES ORGANIQUES DU CÔTÉ DE L'APPAREIL DE LA VISION, par le professeur A. PICK, de Prague.

Analyse par Dr FRANCOTTE, membre titulaire.

Depuis les travaux de Charcot et de Buzzard, on sait que des troubles nerveux hystériques peuvent s'associer à des troubles organiques.

Récemment encore, Babinski faisait connaître un certain nombre de cas de l'espèce : l'hystérie coexistait avec de l'hémiplégie spasmodique, avec une méningo-encéphalite diffuse, avec une paralysie faciale consécutive à une fracture du rocher, avec une névrite périphérique.

Jusqu'ici, cette combinaison de l'hystérie et de lésions organiques n'avait pas été signalée en ce qui concerne l'appareil de la vision : dans le travail que j'analyse, Pick en publie deux exemples.

Dans le premier, à une amblyopie et à un trouble du fonctionnement des muscles des yeux, accidents qui étaient l'un et l'autre de nature congénitale, vinrent s'ajouter d'un côté, une amaurose, de l'autre côté, une ophtalmoplégie externe d'origine hystérique.

Pour admettre l'origine hystérique, Pick se fonde sur cette circonstance que les accidents en question apparurent à la suite de convulsions et d'autres phénomènes hystériques et qu'ils rétrocedèrent par la suggestion hypnotique.

Dans le second cas, il se présenta également, en même temps que des signes d'une affection organique du cerveau, des troubles visuels qui cédèrent à l'influence suggestive.

Pick croit que c'est aussi à une combinaison de trouble hystérique et de trouble organique qu'il faut attribuer les cas relatés par Delboeuf, dans lesquels l'hypnotisme réussit à produire une amélioration que nul traitement antérieur n'avait pu obtenir.

Vraisemblablement, dans les deux cas, à des troubles organiques s'ajoutèrent des perturbations de nature hystérique, et ce sont ces perturbations que la suggestion a dissipées : il est vrai que pour

justifier le diagnostic d'hystérie, Pick ne peut invoquer que la susceptibilité marquée des sujets vis-à-vis de l'hypnose; mais, ce diagnostic explique d'une manière plus satisfaisante le résultat obtenu : en effet, il est difficile d'admettre avec Delbœuf que l'hypnotisme soit capable « d'arracher à la désorganisation les tissus en voie de mourir et de rappeler en eux la vitalité fonctionnelle. »

Je propose d'adresser des remerciements à M. le professeur Pick et de déposer son travail dans la bibliothèque.

DIE PSYCHOPATHISCHEN MINDERWERTIGKEITEN (Dritte Abteilung),
von Dr S. L. A. KOCH.

Analyse par le Dr DERODE, membre titulaire.

Koch vient de publier la troisième et dernière livraison de son ouvrage sur les « *Psychopathischen Minderwertigkeiten*. » Nous avons longuement analysé dans le dernier Bulletin les livraisons antérieurement parues. Nous avons vu qu'il divisait les *Minderwertigkeiten* en deux classes suivant qu'elles sont *continues* ou *transitoires*. Les premières se subdivisent en *congénitales* et en *acquises*. Suivant leur degré d'intensité l'auteur distingue : les *prédispositions*, les *tares* et les *dégénérescences*. Dans les deux livraisons antérieures, Koch avait successivement décrit les *Minderwertigkeiten* congénitales, puis les prédispositions et les tares acquises. Dans la nouvelle livraison il s'occupe des *dégénérescences acquises* et des *Minderwertigkeiten transitoires* ou *passagères*.

Nous avons déjà dit quelle signification Koch attachait au terme *dégénérescence*, et montré que ce qui caractérisait pour lui cet état pathologique c'était une *faiblesse* intellectuelle ou morale, ou affectant à la fois l'intelligence et le sens moral.

Cet état de faiblesse peut d'ailleurs se compliquer d'un certain nombre de symptômes qui lui sont communs avec d'autres états pathologiques.

La *dégénérescence* acquise est tantôt simple ou générale, tantôt spécifique.

La *dégénérescence* simple est celle qui est déterminée par des psychoses incomplètement guéries, des maladies infectieuses, des traumatismes cérébraux, etc. La *dégénérescence* spécifique reconnaît pour cause l'épilepsie, l'alcoolisme, la sénilité. Chacun de ces types de *dégénérescence* présente certains caractères qui lui sont propres,

empruntés les uns aux manifestations psychiques elles-mêmes, les autres aux altérations d'ordre physique qui les accompagnent. Après les avoir décrits l'auteur en rapporte plusieurs observations.

A propos des relations entre les *Minderwertigkeiten* acquises et la responsabilité pénale, l'auteur revient sur la nécessité d'admettre en justice des *atténuations de la responsabilité*. A défaut de l'admission de ce principe dans la loi, il demande que l'application de *circonstances atténuantes* soit étendue à toutes les espèces de délits et que lorsque une diminution de la peine est accordée pour cause d'un état psychopathique, cette circonstance soit expressément énoncée dans le jugement.

Il ne faudrait pas croire cependant, dit-il, que la dégénérescence acquise soit toujours et en toute occasion une cause d'atténuation de la responsabilité. Il y a à tenir compte non seulement du degré de la *Minderwertigkeit*, mais aussi de toutes les circonstances du fait. L'appréciation exacte du degré de responsabilité morale d'un coupable est souvent impossible à la justice et, en pratique, le juge ne peut pas tenir compte de bien des distinctions plus ou moins subtiles. Mais il n'en est pas moins vrai que le médecin et le juge doivent admettre qu'à côté des états psychopathiques qui abolissent le libre exercice de la volonté, il en est d'autres qui peuvent l'altérer dans une certaine mesure et dont il faut tenir compte dans l'application de la peine.

Le médecin le plus instruit pourra d'ailleurs se trouver plus d'une fois embarrassé pour décider si dans tel cas donné on a affaire à une psychose ou à une *Minderwertigkeit* psychopathique acquise. Il ne faut pas oublier non plus que dans les états pathologiques décrits sous le nom de *Minderwertigkeiten*, il peut se manifester des états transitoires pendant lesquelles la responsabilité est totalement suspendue.

Les *Minderwertigkeiten* acquises comme les *Minderwertigkeiten* congénitales peuvent se transformer en véritables psychoses, et d'autre part des psychoses peuvent se manifester d'une manière passagère chez des individus atteints de *Minderwertigkeit*.

La troisième partie de l'œuvre de Koch est consacrée aux *Minderwertigkeiten transitoires ou passagères*. Elles sont parfois tellement fugaces qu'elles ne durent qu'un instant. Le plus souvent elles se prolongent pendant plusieurs heures ou même pendant plusieurs jours. Elles peuvent se manifester chez des individus parfaitement sains ou chez des malades. Il ne faut les confondre ni avec les symptômes d'une *Minderwertigkeit* continue ni avec les anomalies psychiques élémentaires. Leurs causes sont tantôt d'ordre psychique,

tantôt d'ordre physique. Ce sont : le surmenage intellectuel, la colère, la surprise, l'émotion, la crainte, le plaisir, etc., ou la fatigue corporelle, les privations, les maladies, les intoxications, les traumatismes, les pertes de sang, les variations brusques de température, la privation du sommeil, les excès sexuels ou autres, la menstruation, l'accouchement, etc.

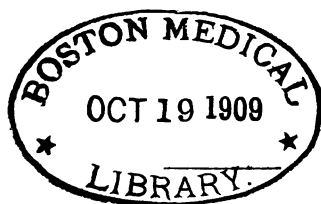
Ces manifestations psychiques s'accompagnent fréquemment de désordres physiques, spécialement dans le domaine des nerfs vasomoteurs et du cœur.

Les *Minderwertigkeiten* passagères ou transitoires consistent principalement en périodes de dépression ou de surexcitation, en troubles de la motilité, de la sensibilité morale, de la mémoire, etc.

Les périodes de dépression se caractérisent par la tristesse, le découragement, l'affaissement, la misanthropie. Les périodes d'excitation par une gaieté exagérée, l'expansion, l'irritabilité, ou par la colère. On observe aussi les angoisses, certaines obsessions, l'incapacité au travail, les distractions, l'incohérence des idées, des modifications profondes du caractère. Les *Minderwertigkeiten* transitoires affectent des formes caractéristiques quand elles sont sous l'influence de l'épilepsie ou de certaines intoxications (alcool, morphine, etc.).

Leur traitement se réduit à combattre les causes : surmenage, excès alcooliques, etc.

Au point de vue médico-légal, il importe de savoir les reconnaître et de pouvoir se rendre compte de l'influence qu'elles ont exercée sur l'accomplissement de tel ou tel acte dont s'est rendu coupable un prévenu : car en bien des cas elles suffisent pour rendre au moins très problématique la responsabilité de celui-ci.



REVUE DES JOURNAUX.

Recherches microscopiques sur la contractilité des vaisseaux sanguins, par RANVIER (Acad. des Sciences, 1893).

Pour étudier sous le microscope dans les meilleures conditions possibles la contractilité des vaisseaux sanguins, R. recommande de soumettre à l'excitation électrique une membrane vasculaire vivante encore, mais entièrement détachée de l'animal, afin d'y supprimer la circulation. Il a opéré sur la membrane péri-œsophagienne de la grenouille, qui a l'avantage d'être très mince et de posséder un riche réseau vasculaire.

L'examen d'une des artérioles de cette membrane à l'état vivant, dans son propre plasma, montre très nettement certains de ses éléments, entre autres ses *fibres musculaires lisses* et sa *lame élastique interne*. Cette même artériole disposée pour l'expérience, il cherche le courant d'induction suffisant pour faire contracter les fibres musculaires; aussitôt elles se contractent, et assez fortement pour faire disparaître la lumière du vaisseau. Au moment où la contraction se produit, les plis de la lame élastique interne deviennent plus prononcés et se touchent de manière à effacer le calibre de l'artériole. En arrêtant le courant, l'artère revient peu à peu à son diamètre primitif.

Cette expérience montre les conditions nouvelles des fibres musculaires lisses passant de l'état de repos à celui de contraction. R. croit pouvoir formuler, au sujet de l'action des courants induits sur la contractilité vasculaire, les conclusions suivantes :

1° En faisant agir un courant faible quoique suffisant, la tunique musculaire de l'artériole ne se contracte pas également. Certains de ses segments sont à l'état de contraction, tandis que les autres ne sont pas sortis de l'état de repos. Pour les faire contracter, il faut faire agir un courant plus fort ;

2° Sous l'influence d'un courant de moyenne intensité, il se produit sur une artériole une zone de contraction; celle-ci ne se déplace pas, et si, après un instant de repos, on fait passer le même courant, la zone de contraction se reproduit au même point ;

3° On ne peut, à l'aide de l'excitation électrique directe, rien produire dans les artères qui puisse être comparé à un mouvement péristaltique. Des mouvements de ce genre ont été admis dans l'appareil vasculaire par quelques physiologistes, mais cette opinion ne semble reposer sur aucun fait expérimental;

4° Pour ce qui concerne l'action des courants d'induction sur les vaisseaux capillaires, jamais il n'a vu survenir sous l'influence de ces courants, quelle qu'ait été leur intensité, le plus léger mouvement de *contraction* dans les *capillaires*. J. M.

—

Contribution à l'étude du trajet des fibres des nerfs optiques,
par G. PRIBYTKOW (*Arch. de Neurologie*, 1893).

Après avoir mis à l'épreuve toutes les méthodes, connues de nos jours, pour l'étude du trajet des fibres des nerfs optiques, l'auteur se sert de la méthode de coloration de Marchi tout en mettant en vue l'étude particulière des questions suivantes : 1° la structure du chiasma chez le cobaye, le lapin, le chat et le chien; 2° la structure et le trajet des bandelettes optiques; 3° le rapport des fibres des nerfs optiques aux diverses régions du cerveau, pouvant être envisagées comme centres primaires des fibres optiques. Toutes les expériences ont été faites sur des animaux adultes. L'expérience consistait dans l'extirpation unilatérale de l'œil; les animaux vivaient de 20 à 27 jours après l'opération. L'examen des séries ininterrompues des coupes horizontales amène le rapporteur aux conclusions suivantes : L'entrecroisement des nerfs optiques est complet chez les cobayes; la commissure de Meyuert et de Gudden, ainsi que l'entrecroisement de Forel n'ont pas de rapports avec la rétine; le faisceau de Flechsig (allant de l'entrecroisement à la substance grise centrale du troisième ventricule) et les fibres pupillaires de Bechterew (au moyen du nerf moteur oculaire commun) n'existent pas; il n'y a de même aucune commissure entre les rétines des deux yeux (commissure antérieure de Hannover). Chez le lapin, le chien et le chat l'entrecroisement n'est pas complet, mais la commissure de Hannover, la racine indépendante optique de Flechsig et les fibres pupillaires de Bechterew leur manquent aussi. Quant aux bandelettes optiques, l'auteur n'admet pas de faisceau optique direct allant à l'écorce des hémisphères, de même que l'union des fibres optiques avec le corps de Luys et le corps géniculé interne. Il ne peut aussi observer l'existence du faisceau allant au ganglion habenulaë, que Darkschevitch envisage comme un faisceau de fibres optiques qui réunissent la rétine de l'œil avec le noyau du

nerf moteur oculaire commun. Les observations sur le rapport des fibres optiques avec les centres primaires aboutirent aux résultats suivants : chez le cobaye, le lapin, la majorité des fibres finit dans le corps quadrijumeau supérieur : ce n'est que la minorité qui finit dans le corps géniculé extérieur; chez le chat le fait est tout contraire — le corps géniculé externe est le siège de l'extrémité de la majorité des fibres, tandis que le corps quadrijumeau sert seulement à une petite quantité de fibres. D'après les observations de Pribytkow il existe, hors ces deux centres, un troisième situé entre la substantia nigra et le noyau rouge, au niveau de l'oculo-moteur, dans le « tegmentum; » une partie des fibres optiques y parviennent en faisceau distinct que Gudden a décrit sous le nom de « tractus peduncularis transversus. » Le pulvinar et le thalamus opticus en général ne sont pas des centres optiques.

Influence des positions horizontale et verticale sur les fonctions cérébrales, par SICARD DE PLAULOZES (*Ann. de Psych.*, 1893).

C'est le sang seul qui fait vivre et sentir les cellules nerveuses. Cela est si vrai que, si l'on suspend momentanément la circulation de l'encéphale, tout phénomène d'activité nerveuse est, du même coup, interrompu.

La continuité de l'irrigation sanguine est la condition sine qua non du travail régulier des cellules cérébrales.

Cette irrigation sanguine est soumise à des variations qui se traduisent par des variations correspondantes du travail mental.

L'afflux sanguin n'est pas le même dans les différentes positions du corps. La position horizontale favorise l'afflux mécanique du sang vers le cerveau : la station verticale le ralentit et favorise l'anémie cérébrale. Les artères alimentant l'écorce et les noyaux gris centraux sont les deux carotides et les deux vertébrales, les méningées étant destinées aux enveloppes osseuses et membraneuses des centres nerveux. Les artères carotides et vertébrales forment en s'anastomosant l'hexagone de Willis, à la base du cerveau, il résulte que ce dernier pèse sur elles dans la station debout, les comprime sur la base du crâne, et par là diminue l'apport du sang. Cela résulte des phénomènes de locomobilité intra-crânienne du cerveau mis en lumière par Luys. La masse cérébrale étant plus petite que la capacité crânienne, et, de plus, douée d'une certaine élasticité, est susceptible d'opérer une série de déplacements successifs, par suite de changements de position de la boîte crânienne. La tête reposant sur l'occipital, dans l'attitude de l'homme couché, la substance

cérébrale perd le contact en avant avec la paroi frontale, et dans la station verticale les portions supérieures du cerveau abandonnent la voûte et s'affaissent sur elles-mêmes. La pression exercée sur la base du crâne et les vaisseaux par la masse cérébrale, varie donc suivant la position.

La théorie de Luys a été confirmée par les expériences de Colin, du Laborde sur la tête de Campi, du Gavoy, et du Silvio Venturi.

Ce sont les conséquences de ces variations que S. met en lumière.

Il est de constatation vulgaire que la station debout, l'immobilité sous les armes, par exemple, est fatigante. Le même fait se produit, lorsque, après être resté un long temps couché, on se redresse brusquement, le cerveau passant d'un état congestif à un état relativement anémique, il y a étourdissement, vertige.

Le vertige, est le résultat de modifications circulatoires dans l'intérieur de l'encéphale. Ces dernières peuvent être produites par deux phénomènes tout à fait opposés : la congestion et l'anémie.

Le délire peut être dû à ces états si opposés, et tous les phénomènes d'origine cérébrale, convulsions, insomnies, etc., peuvent naître avec deux états circulatoires tout à fait contraires. L'anémie et la congestion du cerveau se traduisent par les mêmes symptômes, car ses deux états sont identiques au point de vue de la physiologie et sous le rapport des conséquences qu'ils entraînent. Dans l'un et l'autre cas, les échanges moléculaires se font incomplètement dans la cellule nerveuse; celle-ci souffre dans sa nutrition intime, ses propriétés s'exaltent, s'épuisent ou se pervertissent. L'anémie et la congestion agissent l'une et l'autre identiquement comme l'asphyxie, ou plutôt constituent de véritables asphyxies locales.

Le vertige congestif augmente dans la position déclive de la tête : le vertige anémique dans la station verticale. Enfin, le vertige est souvent occasionné par les changements brusques d'attitude de la position horizontale à la position verticale, surtout chez les personnes anémiques, chez celles qui viennent de subir une maladie longue et grave ou encore les vieillards atteints d'athéromasie des artères.

Normalement l'homme passe chaque jour un certain nombre d'heures dans la position verticale et dans la position horizontale. debout, son cerveau s'anémie peu à peu et cette anémie se prolonge encore dans le sommeil, amené par l'usure de la sensibilité propre de la cellule nerveuse; mais au fur et à mesure que la cellule répare ses pertes, la position horizontale favorise l'afflux du sang au cerveau et ramène, au moment du réveil, une période d'érection vasculaire. Il est difficile, chez l'homme sain, de saisir des modifications appréciables dans le jeu de la pensée, suivant ces états alternatifs d'ischémie et d'hyperémie cérébrales, mais chez les

individus atteints de maladies mentales, S. a constaté des modifications sensibles correspondant à ces deux périodes.

M. H..., neurasthénique, souffrait d'insomnies depuis plusieurs semaines. Le matin, il se sentait le plus mal. Il était congestionné; à chaque instant, il lui semblait qu'il allait défaillir. « Je n'ai plus rien dans le cœur, ni la tête, répétait-il, mon cœur ne renferme pas assez de sang pour alimenter mon cerveau. » Il se désespérait, disant qu'il allait mourir brusquement. Cette scène se reproduisait tous les matins, avant le lever : mais au fur et à mesure que le malade dormait mieux la nuit, le délire du matin s'atténuait un peu.

Les battements des temporales étaient plus violents dans la position horizontale que dans la station debout, non synchrones, plus faibles à gauche qu'à droite.

Au moment où le malade se levait et dans l'heure suivante, il ressentait, au moindre bruit subit, des sensations de défaillance analogues aux phénomènes vertigineux, d'origine auriculaire, qu'Axenfeld a signalés chez les anémiques et les hypocondriaques.

Le malade se sentait mieux dans la journée, délirait moins, se montrait plus gai.

L'influence de la position sur les conceptions délirantes fut plus manifeste dans la circonstance suivante. Dans le milieu de l'après-midi, M. H..., qui se trouvait bien, s'étendit dans un hamac. Au bout d'une heure, curieux de voir dans quel état il allait se trouver, nous allâmes causer avec lui : il délirait comme au matin, parlant de l'impossibilité de sa guérison, de sa mort imminente.

De plus, ces périodes de délire, correspondant à la congestion mécanique du cerveau, étaient accompagnées d'une certaine agitation : le malade, calme dans le jour, était un peu déprimé le soir. Enfin, au moment où M. H. venait de se coucher, il éprouvait des défaillances semblables à celles du lever.

Marcé avait déjà observé le fait : « Le matin, dit-il, au réveil, les idées sombres, les pressentiments sinistres, l'inertie sont plus accentués; les mélancoliques sont effrayés de la perspective d'une journée, dont la longueur leur semble interminable; mais à mesure que la journée s'avance, ces symptômes s'améliorent et quelquefois, le soir, les malades ne sont plus reconnaissables. »

Chez un autre malade, atteint de neurasthénie, avec idées hypocondriaques, agoraphobie et vertiges, les mêmes phénomènes furent observés.

M. B... est incapable de soutenir la vue d'un grand espace, ne peut traverser une place, suivre une longue avenue, sans éprouver immédiatement des sensations vertigineuses. Le malade ressent encore les mêmes phénomènes le matin, après de longues heures

passées au lit, surtout si son imagination lui représente un lieu où il a d'ordinaire le vertige. Levé, le malade se trouve assez bien, à condition de fuir les causes de vertige : il ne peut, par exemple, lever la tête sans ressentir immédiatement un trouble. A mesure que la journée s'écoule, l'anémie cérébrale et la fatigue se traduisent par une susceptibilité plus grande aux causes de vertige. Après une promenade en voiture, M. B... se trouve très mal.

Dans ce cas, le mouvement de trépidation ne peut-il avoir contribué mécaniquement à tasser la masse cérébrale sur la base du crâne et augmenté ainsi l'état anémique de l'encéphale?

Ajoutons que, chez M. B..., les conceptions délirantes subissent les mêmes fluctuations que les états de vertige.

Ainsi, S. a constaté successivement, sur le même sujet, des modifications semblables de l'état mental par congestion cérébrale et par anémie : 1° après une longue station horizontale, le matin par exemple; 2° après une longue station verticale, le soir; les heures intermédiaires étant les meilleures et les extrêmes, congestif et anémique, étant marqués par les périodes où l'état mental est le plus troublé. Enfin chez les mélancoliques (ischémie cérébrale), les heures qui suivent le repos horizontal sont les meilleures.

J. M.

Nouveau mode d'exploration des fonctions du cerveau, par
ROSSOLIMO (*Arch. de Neurologie*, 1893).

Ce mode est un mode combiné et consiste premièrement dans l'ablation d'une partie quelconque du cerveau d'un animal; ce dernier survit jusqu'au développement de manifestations cliniques stables et est alors soumis à l'action de la cocaïne ou de l'atropine, que l'auteur emploie comme substances excitant les fonctions du cerveau. Voici le résultat des observations : l'injection hypodermique de ces médicaments à des animaux, préalablement opérés, amenait chez eux de tels troubles fonctionnels, qu'il ne pouvaient dépendre uniquement de l'opération. Les altérations fonctionnelles postopératoires, devenues faibles avec le temps, revenaient en plus fort après les injections de la cocaïne. Les troubles fonctionnels postopératoires s'affaiblissaient ou devenaient perverses après les injections de l'atropine. L'auteur croit que ce mode combiné aidera à éclairer les recherches sur la genèse de certaines maladies fonctionnelles.

Sphère sensible de l'écorce cérébrale, par MUNK (Sitzungsber. der Preuss. Akad. der Witsensch., 1893).

L'auteur a démontré antérieurement que l'écorce du lobe occipital est en rapport avec la vision, le lobe temporal avec l'audition et le lobe pariétal avec la sensibilité tactile.

Le présent travail a pour but d'exposer les expériences faites sur le rôle sensible du lobe pariétal : ces expériences ont porté sur le chien, sur le singe : on leur a enlevé successivement des portions de l'écorce cérébrale dans différentes régions du lobe pariétal, chez le chien dans l'étendue du gyrus sigmoïde, chez le singe, entre le sillon précentral d'un côté et le sillon interpariétal et la scissure de Sylvius de l'autre côté. Suivant la partie extirpée, on observe des troubles du côté de la tête, du cou, du bras, de la jambe de la moitié opposée du corps.

Ces expériences établissent que le lobe pariétal est le siège des sensations tactiles, en même temps que des réflexes par attouchement des extrémités, de telle sorte que l'extirpation de l'écorce pariétale a pour effet de supprimer la sensibilité tactile et les réflexes indiqués.

La sensibilité douloureuse est liée à la sensibilité tactile.

Les expériences démontrent enfin que de la région dont il s'agit, émane une action modératrice de la réflexibilité des membres.

X. F.

Contribution à l'anatomie pathologique de la syringomyélie et de l'hydromyélie, par REDLICH (Zeitsch. f. Heilk., t. XII, 6).

L'auteur distingue parmi les formations cavitaires de la moelle, la syringomyélie et l'hydromyélie.

Dans la syringomyélie, les cavités n'ont aucun rapport avec le canal central; elles résultent, ou bien, d'une néoplasie qui s'est désagrégée, ou bien, de processus nécrobiotiques dans la substance grise, ou bien, parfois d'hémorragies.

L'hydromyélie au contraire, se caractérise par sa situation centrale, correspondant au canal central, par sa communication vers le haut ou vers le bas avec ce canal, par son revêtement partiel du total d'épithélium; elle est une anomalie congénitale, sans autre signification.

Le premier des cas publiés par l'auteur est intéressant non seulement au point de vue anatomo-pathologique, mais encore au point de vue clinique.

Il s'agit d'une femme de 58 ans d'un état psychique tout à fait

indemne, présentant une paralysie motrice complète de l'extrémité supérieure droite; l'articulation du coude, celle du poignet, celles des doigts se trouvent dans un état prononcé de contracture. Les muscles de l'éminence thénar, ceux de l'éminence hypothénar, les interosseux, les extenseurs de l'avant-bras droit, étaient atrophiés.

Le membre supérieur gauche était également paralysé, les doigts se trouvaient dans un état de demi flexion, les muscles de la main et de l'avant-bras atrophiés.

Par la percussion des muscles, on provoque des contractions fibrillaires. La sensibilité cutanée, la sensibilité à la pression et à la température sont conservées. Motilité et sensibilité des membres inférieurs intactes. Le malade mourut de dysenterie. L'autopsie établit l'existence d'une cavité dans la moelle. Cette cavité s'étendait jusqu'au bulbe; elle offrait ses plus grandes dimensions (13 millimètres dans la direction frontale) au niveau de la moelle cervicale, diminuait vers le bas, se portait à gauche et se terminait au niveau de la moelle dorsale, dans la corne postérieure gauche. La dégénérescence des cordons latéraux, plus prononcée à droite qu'à gauche, explique la paralysie et la contracture des extrémités supérieures; l'atrophie des muscles trouve sa raison dans la lésion de la substance grise des cornes antérieures de la moelle cervicale.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est l'absence des symptômes caractéristiques de la syringomyélie, à savoir, la thermo-anesthésie et les altérations trophiques de la peau. Quant à l'origine de la cavité, l'auteur la cherche dans une désagrégation des tissus.

Dans un second cas, l'auteur ne rapporte que l'examen histologique; il se trouvait une cavité allant de la moelle cervicale supérieure jusqu'à l'origine de la moelle lombaire.

Les deux observations suivantes dans lesquelles on constata une dilatation du canal central, prouvent que l'hydromyélie est un phénomène souvent insignifiant et ne provoquant parfois aucun symptôme. La cinquième observation est du plus haut intérêt, en ce sens qu'il s'agit d'une combinaison de tabes dorsal et l'hydromyélie, c'est-à-dire, que l'on trouve en même temps une dilatation du canal central et une dégénération grise très prononcée des cordons postérieurs.

X. F.

*Contribution à l'anatomie pathologique de la chorée, par
KREMER (Arch. f. Psych., 1892).*

Chez une femme de 35 ans s'était développée, dans l'espace de douze ans, une chorée qui, peu à peu, la rendit incapable de tout

travail et s'accompagna de troubles psychiques rappelant la nymphomanie. La mort survint à la suite d'une chute qui entraîna un état comateux grave pendant lequel les mouvements choréiques se suspendirent pour plusieurs jours; il y eut en outre des symptômes pneumoniques. L'autopsie et l'examen du système nerveux fournit des résultats considérables qui comprennent toutes les lésions déjà observées dans des cas antérieurs et qui confirment de nouveau la justesse de l'opinion de Kahler et de Pick d'après laquelle toutes les altérations constatées jusqu'ici se sont trouvées au niveau ou dans le voisinage de la voie pyramidale et ont agi en influençant cette dernière.

Dans le cas de K., il existait sur l'hémisphère droit un hématome de 6 centim. de diamètre sur l'hémisphère gauche, un hématome qui couvrait toute sa surface. Les membranes des hématomes étaient si distendues que par leur section, le liquide s'échappa en jet et que la surface cérébrale, au lieu d'être convexe, se trouvait déprimée.

Ainsi que le montrait l'aspect et l'épaisseur des membranes, les hématomes étaient de date ancienne.

A l'œil nu, le cerveau ne présentait pas d'autres altérations; mais le microscope révéla l'existence de nombreux foyers dans les ganglions basilaires, le corps strié, la couche optique, la capsule interne.

Ces foyers avaient une extension variable; les uns étaient si petits qu'on ne pouvait les reconnaître qu'au microscope; les autres mesuraient jusque six centimètres de diamètre.

L'hémisphère gauche était plus fortement atteint que le droit.

Il existait en même temps que ces foyers, une atrophie de la voie pyramidale et de toute la moitié droite de la moelle. X. F.

Altérations histologiques de l'écorce cérébrale dans quelques maladies mentales, par R. COTELLA (Ac. des Sciences, 1893).

L'auteur formule les conclusions suivantes :

1° Dans la paralysie générale progressive avec infection syphilitique, les altérations histologiques portent surtout sur les vaisseaux sanguins, sur les cellules névrogliques, ainsi que sur le protoplasma cellulaire et les prolongements protoplasmiques des éléments nerveux. Les prolongements cylindriques ne sont détruits que dans peu d'éléments et seulement plus tard. Ces altérations débutent essentiellement dans le réseau vasculaire;

2° Dans la démence paralytique avec intoxication alcoolique, on constate nettement une hypertrophie des cellules arachniformes et différentes phases des troubles régressifs de la nutrition dans les

prolongements nerveux ainsi que des altérations rudimentaires dans les prolongements protoplasmiques. Mais il y a intégrité des vaisseaux sanguins;

3° Dans la psychose alcoolique, l'examen histo-pathologique fait reconnaître l'existence d'une altération essentiellement parenchymateuse portant sur les prolongements nerveux avec participation à peine appréciable des corps ganglionnaires et des ramifications protoplasmiques. La névroglie et les vaisseaux sont sains.

Syphilis maligne précoce du système nerveux, par GILLES DE LA TOURETTE et FOURNIER (*Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1892).

Un homme de 21 ans, vigoureux jusque lors bien portant, contracte la syphilis en octobre 1890, probablement à la suite d'un chancre tonsillaire : les premiers symptômes sont fort légers. Le 7 septembre, il se produit, sans autre cause que la syphilis, une paralysie faciale périphérique. En avril 1891, hémiplegie droite précédée de céphalalgie violente. En août 1891, douleurs lombaires, paralysie spastique avec troubles sphinctériels et génitaux. Il n'a pas été possible de trouver une autre cause que la syphilis à ces lésions qui ont atteint en si peu de temps, le cerveau, la moelle, les nerfs périphériques. Dans le cas de Fournier, trois mois après l'infection, il y eut, non seulement maladie du système nerveux — céphalalgie intense, douleurs lancinantes dans les jambes, mydriase à gauche et toutes sortes de symptômes hystériques, tels que des convulsions — mais encore, une syphilide nodulaire confluyente, onyxis hypertrophique et plus tard, chute des ongles des doigts et des orteils, glossite grave, alopecie, ophthalmie intense aboutissant à une cécité totale.

Il est remarquable que la maladie du mari qui communiqua la syphilis à la patiente dont il s'agit, fut très bénigne. Il n'existait aucune prédisposition neuropathique, mais la malade avait auparavant, souffert de la malaria, durant plusieurs années, et c'est à cette circonstance que Fournier attribue la gravité de la syphilis.

X. F.

Contribution clinique à l'étude de la syphilis congénitale. Ses rapports avec quelques affections nerveuses et cérébrales, par A. ERLÉNMEYER (*Zeitschr. für klin. Medicin*, 1892).

1. On voit des formes tardives de syphilis héréditaire se développer encore après l'âge de 12 ans; en d'autres termes, l'hérédosyphilis peut rester latente jusqu'au delà de 12 ans.

2. Diverses influences réveillent la syphilis congénitale latente : la puberté, les traumatismes, les maladies fébriles.

3. Lorsqu'un enfant naît syphilitique, il est probable que la mère le soit ou le devienne, mais ce n'est pas fatal.

4. L'immunité contre la syphilis ne démontre pas nécessairement une infection syphilitique antérieure.

5. L'hérédo-syphilis ne perd pas nécessairement de son acuité à mesure qu'elle frappe des enfants successifs; un troisième enfant peut être atteint beaucoup plus gravement que le deuxième ou le premier.

6. Il arrive que la syphilis héréditaire ne frappe que les enfants d'un sexe donné et épargne ceux de l'autre sexe.

7. La naissance d'un enfant intact n'indique pas la fin de l'infection chez les parents.

8. Le fait pour les parents de suivre un traitement antisypilitique soigneux a de bons effets sur les enfants futurs.

9. Il existe chez les enfants une affection cérébrale d'allure spéciale, caractérisée par des convulsions et de l'arrêt de développement. Elle dépend, la plupart du temps, de la syphilis congénitale.

10. La paralysie cérébrale infantile et l'épilepsie congénitale compliquée ou non d'idiotisme, reconnaissent la même étiologie.

J. D. B.

De l'allochirie ; sa place dans la symptomatologie des maladies du système nerveux, par Bosc (Rev. de méd., 1892).

B. étudie un trouble intéressant de la sensibilité générale dont l'explication physiologique demeure incertaine. Ce trouble, désigné sous le nom d'« allochirie » par Obersteiner, consiste dans ce fait que le malade rapporte à un côté du corps une impression partie du côté opposé, avec conservation du pouvoir de localisation.

Quelques cas de ce genre avaient déjà été signalés par Obersteiner et Hammond qui les attribuaient à une lésion des cordons postérieurs de la moelle. Après avoir discuté les observations de ces auteurs, Bosc reconnaît l'existence d'allochiries d'origine médullaire que l'on rencontrerait surtout chez des tabétiques.

Tous les cas d'allochirie se rapportent-ils à des lésions spinales? N'y en aurait-il point qui aient leur point de départ dans le cerveau?

En faveur de cette opinion, l'auteur rapporte deux séries de faits :

Il rappelle d'abord l'observation de Weiss dans laquelle on voit une allochirie typique développée chez une grande hystérique et liée à la névrose elle-même. Connaissant ce fait, l'auteur essaie de reproduire l'allochirie *par suggestion* chez une grande hystérique,

à propos de laquelle il avait déjà fait des recherches sur les troubles de la nutrition dans l'hystérie. Il peut ainsi développer chez elle une allochirie typique pour tous les modes de la sensibilité. Et, fait curieux, cette malade qui présentait une hémianesthésie gauche absolue, localisait rapidement et exactement à droite quand on l'impressionnait à gauche et *vice versa*. On n'explique ces faits que par la transposition de l'état dynamique antérieur d'un hémisphère à l'autre.

Ayant établi ces faits d'allochirie par lésion cérébrale dynamique, Bosc part de là pour discuter une observation personnelle dans laquelle l'allochirie étendue à tout un côté du corps reconnaissait évidemment comme cause une lésion organique d'un hémisphère.

Après avoir longuement examiné les particularités cliniques de cette observation et cherché à résoudre les problèmes physiologiques qu'elle soulève, l'auteur conclut à l'existence d'une allochirie par lésion organique cérébrale; étendant les limites anciennes, il propose la classification suivante :

A. *Allochiries par névroses* (hystérie) pouvant être spontanée (Weiss) ou provoquées (Bosc). Ce sont des allochiries de *réception pure*.

B. *Allochiries par lésions organiques* : a) du *cerveau*, allochirie de *réception avec lésions*; b) de la *moelle*, allochirie de *transmission*.

Mais ces divisions sont factices. Que la lésion soit médullaire ou cérébrale, le résultat est le même : perception des sensations par un hémisphère auquel elles n'étaient pas destinées. Dans un cas, la déviation des sensations se fait dans la moelle, à travers la commissure grise; dans l'autre, la déviation se fait dans le cerveau d'un hémisphère à l'autre, à travers le corps calleux (Beavor). — L'auteur remarque qu'il ne faut pas confondre l'*allochirie vraie* par déviation des sensations avec la *fausse allochirie* par transmission insuffisante et univoque des sensations au cerveau.

J. M.

Un cas d'abcès cérébral, par ZELLER (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1892).

Ce cas à terminaison heureuse est intéressant à différents points de vue. Le malade dont il est question dans cette observation avait présenté, en janvier, les symptômes de l'influenza, lorsque consécutivement il fut atteint d'un abcès de l'orbite droite. L'abcès fut ouvert, le pus évacué, mais des symptômes cérébraux ne tardèrent pas à se manifester; le malade souffrait de céphalalgie et fut pris, à diverses reprises, de vomissements; il n'y avait pas de symptôme de paralysie de nerfs crâniens, mais le fond des yeux était injecté,

et du côté gauche les milieux de l'œil étaient altérés. Comme les symptômes ne progressaient pas, que la céphalalgie était nettement limitée du côté droit du front près de la ligne médiane, on posa le diagnostic d'abcès cérébral de préférence à celui de méningite.

L'opération fut faite par le professeur Sonnenburg. Il explora d'abord l'endroit où avait siégé le premier abcès, mais n'y trouva rien, sauf une petite perte de substance à la paroi supérieure de l'orbite. Il pratiqua alors une incision et fit la trépanation du côté droit du front, près de la ligne médiane.

On n'observait pas de battements à travers la dure-mère, et l'on trouva du pus dans la partie antérieure du lobe frontal droit ; on en évacua 60 centimètres cubes. Au même moment, le cerveau se remit à battre, contribuant lui-même, par ses mouvements, à l'évacuation de la cavité phlegmoneuse. Drainage ; guérison complète de la plaie opératoire.

Le malade a quitté l'hôpital complètement guéri.

Ce cas d'abcès cérébral est excessivement intéressant : d'abord par son étiologie, puis par l'absence de symptômes intellectuels, si difficile à expliquer par les anciennes théories qui partageaient la surface hémisphérique en zones intellectuelle, motrice et sensible.

J. D. B.

Des tumeurs du cervelet, par M. STRÖBE (Berlin. med. Gesellschaft., 1893).

Un homme âgé de 38 ans, malade depuis 3 mois, se plaignait de douleurs occipitales, de troubles de la marche, de vertiges, etc. Il ne pouvait supporter le moindre choc sur la tête. L'examen ophtalmoscopique constata que les deux papilles étaient tuméfiées.

Diagnostic : tumeur du cervelet. L'autopsie confirma le diagnostic. Dans l'hémisphère droit de cet organe il existait deux nodosités grises qui furent reconnues au microscope comme des sarcomes alvéolaires à cellules rondes.

S. a observé une autre variété de tumeur cérébrale chez un enfant de trois ans et demi. Les ventricules latéraux étaient hypertrophiés et le plexus choroïde du côté droit était devenu papillomateux.

Il a présenté, enfin, un choléstéatome de la pie-mère qui provient d'une femme âgée de 76 ans. Cette tumeur n'a déterminé pendant la vie aucun accident, bien qu'elle siégeât entre le vermis inférieur et le bulbe, ce qui est, du reste, le lieu de prédilection des choléstéatomes de la pie-mère. Ces tumeurs sont de nature épithéliale, mais nous ignorons absolument leur origine.

J. M.

Contribution clinique à l'étude étiologique du tabes, par G. GOLD-
FLAM (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenhe.*, t. II).

G. rapporte des observations qui sont de nature à étayer la doctrine des rapports étroits de la syphilis et du tabes.

La première observation concerne deux époux, n'ayant entre eux aucune relation de parenté, ne présentant pas de tare héréditaire et qui furent tous deux atteints de tabes, après avoir été infectés de syphilis quelques années auparavant.

La coexistence de lésions valvulaires et de tabes a déjà été maintes fois signalée et elle est surtout remarquable dans les cas où la syphilis est la seule cause à laquelle on puisse rapporter les deux ordres de phénomènes. L'auteur relate trois observations de cette espèce. Dans une autre observation, il consigne le cas d'un malade qui ayant été atteint de syphilis, présentait à la fois du tabes, de l'insuffisance aortique et de la phtisie fibreuse. Il fait pourtant observer que ce n'est pas seulement l'artério-sclérose d'origine syphilitique qui paraît être en rapport avec le tabes ; mais que cette affection se présente également dans l'artério-sclérose simple, d'origine non syphilitique et il apporte une observation à l'appui de cette manière de voir.

A la fin de son travail, s'appuyant sur des cas déterminés et sur des observations généalogiques, il établit que c'est surtout la combinaison de l'hérédité et de la syphilis qui est efficace pour engendrer le tabes.

X. F.

Des paralysies cérébrales infantiles, par B. SACHS (*Samml. klin. Vorträge*, 1892).

On peut, parmi les paralysies cérébrales infantiles, distinguer celles qui se produisent avant la naissance, celles qui résultent de traumatismes subis pendant l'accouchement et celles qui sont acquises et surviennent d'une manière aiguë. L'auteur cite un grand nombre d'exemples de ces trois groupes et en déduit l'histoire de la maladie. Chez les jeunes enfants, d'ordinaire dans les trois premières années de la vie, on observe de la paralysie spastique sous forme d'hémiplégie unilatérale, d'hémiplégie double, de paraplégie, plus rarement de monoplégie.

Les muscles paralysés sont rigides : il y a de la tendance aux contractures, de l'exagération des réflexes.

Il se produit des convulsions, du coma : les convulsions peuvent se répéter et il en résulte de l'épilepsie chronique. Les formes aiguës débudent généralement par des vomissements et de la fièvre. On

constate des troubles moteurs divers des perturbations de la parole, de l'intelligence, de la sensibilité. La contractilité électrique est normale ou diminuée : jamais de réaction de dégénération. D'après l'expérience de l'auteur, la forme hémiplegique est la plus commune ; les garçons sont plus souvent frappés que les filles.

Les causes des paralysies survenant pendant la vie intra-utérine consistent dans des traumatismes, des maladies graves, des secousses morales éprouvées par la mère. Les enfants nés avant terme, présentent un développement cérébral incomplet qui demeure stationnaire pendant toute leur existence ; la syphilis n'intervient guère dans l'étiologie de ces cas, pas plus d'ailleurs que l'hérédité.

Quant aux paralysies obstétricales, elles dépendent de la compression prolongée du crâne du fœtus, surtout chez les primipares, ou de l'action des instruments, du forceps par exemple. En ce qui concerne la compression du crâne, l'auteur considère comme dangereuse, au point de vue du cerveau du fœtus, la pratique généralement suivie, selon laquelle l'accoucheur n'intervient que lorsque les battements du cœur de l'enfant faiblissent.

Les paralysies cérébrales aiguës apparaissent à la suite de maladies infectieuses, de chocs psychiques : dans quelques cas, les paralysies succèdent à des convulsions ; plus souvent, elles sont précédées de coma. Les paralysies cérébrales aiguës affectent d'ordinaire la forme hémiplegique ; elles peuvent aussi consister en diplegie ou en paraplégie. Le facial n'est pas aussi souvent atteint que chez l'adulte ; par contre, l'aphasie se rencontre dans bon nombre de cas. On observe plus souvent que chez l'adulte, les troubles moteurs post-paralytiques tels que les mouvements choréiques, athétosiques, associées. Il est rare que les parties paralysées s'atrophient ; mais on observe des asymétries manifestes.

L'épilepsie accompagne fréquemment la paralysie cérébrale infantile. D'après l'auteur, la proportion serait de 45 %. De là ressort l'origine corticale de la maladie. L'épilepsie jacksonienne ne se présente que rarement. Aux paralysies s'associent de la faiblesse intellectuelle, d'intensité variable, allant jusqu'à l'idiotie.

Comme traitement, dans les premiers stades des paralysies congénitales, l'auteur recommande le repos, les bromures à petite dose, de très petites quantités de morphine, de chloral et si des convulsions se produisent quand même, des inhalations de chloroforme ; dans l'apoplexie cérébrale aiguë, le repos absolu, la glace, la dérivation intestinale, plus tard le brome et l'iode. A une époque plus avancée, le traitement est le même dans les deux catégories : elle a pour objectif les contractures, les troubles moteurs, l'épilepsie et consiste dans le massage, l'électricité, les moyens chirurgicaux. Le

traitement de l'idiotie n'offre guère de ressources; l'épilepsie sera combattue par les moyens chirurgicaux ou par les nervins.

X. F.

Observations de paralysie alcoolique apoplectique, par EICHHORST
(Arch. de Virch., t. 129).

Eichhorst publie deux observations de paralysie alcoolique à début apoplectique.

Première observation. — Homme de 37 ans, buveur avéré, a été traité pendant quatre semaines à la clinique de Zurich pour adipose généralisée et cirrhose hépatique. Une nuit il est pris subitement de paralysie des extenseurs de l'avant-bras. Le malade est incapable d'amener à l'état de flexion dorsale la main en position de flexion palmaire, ni d'étendre les doigts fléchis, ni d'écarter les pouces rapprochés de la main. Pas de troubles de la sensibilité, ni de la contractilité électrique. La paralysie dura deux jours jusqu'à la mort.

L'examen anatomique des nerfs périphériques ne découvre aucune altération : dans les muscles des extenseurs des doigts, il y a une prolifération manifeste du tissu intra-fasciculaire. Mais, attendu que le biceps fémoral présente les mêmes altérations, sans avoir été atteint de paralysie, il faut exclure l'origine myopathique de la paralysie du radial.

Deuxième observation. — Un buveur invétéré, âgé de 48 ans, est frappé d'apoplexie à laquelle succède une paralysie de la jambe, du bras et d'une moitié de la face. L'examen macroscopique et microscopique du cerveau, de la moelle et des nerfs périphériques ne décele pas la moindre lésion.

E. croit pouvoir considérer également ce cas comme une paralysie alcoolique d'origine centrale et la regarde de même que la paralysie faciale périphérique comme étant de nature fonctionnelle.

Il cherche à expliquer ce trouble fonctionnel alcoolique en le rapprochant de l'intoxication saturnine, dans laquelle on observe également les perturbations cérébrales les plus graves sans trouver des altérations anatomiques.

X. F.

Des paralysies saturnines et arsenicales, par JOLLY (Berlin.
medic. Gesellsch., 1892).

Une malade absorba pour se suicider, une assez grande quantité de vert de Schweinfurt. Elle fut atteinte d'abord d'une gastro-entérite à forme grave, puis d'un engourdissement des pieds; elle ne

savait plus si elle marchait sur des pierres ou sur du bois. Un peu plus tard elle éprouva de vives douleurs dans les pieds et dans les mains, et six semaines après elle était paralysée des quatre extrémités. Il y avait en outre une abolition des réflexes rotuliens et une atrophie des muscles du mollet avec réaction de dégénérescence.

Du côté de la sensibilité : anesthésie et hyperalgésie.

Tous ces symptômes, après avoir été quelque temps en augmentant, sont en voie de disparition, de sorte que la guérison complète de cette malade ne semble pas douteuse. C'est là un cas léger mais typique de paralysie consécutive à une intoxication arsenicale.

Leyden a démontré en 1875 que la paralysie des membres était liée en pareil cas à une névrite multiple des nerfs périphériques. Cette opinion paraît très vraisemblable, étant donné la marche rapide de la maladie et la disparition complète des troubles sensitivo-moteurs, au bout d'un temps relativement assez court.

Dans un cas récent d'empoisonnement par l'arsenic terminé par la mort, l'autopsie a démontré l'existence de lésions de la moelle épinière, particulièrement des cellules des cornes antérieures; mais cette lésion était peu prononcée. J. croit que la lésion fondamentale de la paralysie arsenicale est une dégénérescence des nerfs périphériques.

J. établit un rapprochement entre les paralysies saturnines et les paralysies arsenicales. D'après ses observations la paralysie arsenicale intéresse de préférence les extrémités inférieures et elle s'accompagne de troubles profonds de la sensibilité. La paralysie saturnine, au contraire, porte plutôt sur les extrémités supérieures et ne détermine jamais ou presque jamais d'altérations de la sensibilité; elle se localise, en outre, sur certains muscles d'une région en laissant les autres indemnes.

Le mode d'extension des paralysies saturnines fait croire à une lésion médullaire; cependant beaucoup d'autopsies sont restées nulles à cet égard; dans quelques-unes la moelle a été trouvée lésée.

Oppenheim a constaté dans un cas une dégénérescence prononcée des cornes grises antérieures et cela sur toute la hauteur de la moelle.

Il semble donc que, dans quelques cas, la paralysie atrophique saturnine est le résultat d'une poliomyélite. Cette opinion est confirmée par Stieglitz, qui trouva les lésions médullaires chez les lapins et les cobayes auxquels il fit respirer des poussières plombiques. Il en a été de même chez un ouvrier plombier, ayant eu des accès d'épilepsie saturnine, est mort à la suite d'une pneumonie chronique.

Outre une dégénérescence des principaux troncs nerveux, on trouva une diminution du nombre des cellules ganglionnaires de la

moelle cervicale; quelques-unes de ces cellules étaient devenues granuleuses. En réalité, ces altérations médullaires étaient assez légères.

Il ne semble donc pas qu'il y ait une grande différence, au point de vue anatomo-pathologique, entre les paralysies saturnines et les paralysies arsenicales. Le facteur étiologique le plus important de ces paralysies est d'abord une dégénérescence des nerfs périphériques et plus tard, si l'intoxication est assez prononcée, une altération des cellules des cornes antérieures.

J. M.

L'ataxie héréditaire, par SANGER BROWN (*Brain*, 1892).

Se basant sur une série de vingt-et-une observations, le Dr Sanger Brown trace le tableau clinique de l'ataxie héréditaire.

L'ataxie héréditaire peut être suivie à travers plusieurs générations, jusque quatre, augmentant d'extension et d'intensité, au fur et à mesure de sa transmission. Elle atteint généralement les différents membres d'une même famille. Elle se présente le plus souvent entre 16 et 35 ans, mais elle peut débiter plus tôt, à 11 ans, ou plus tard, à 45 ans. Elle ne paraît pas frapper plus souvent un sexe que l'autre, mais elle se transmet plus fréquemment par les femmes que par les hommes. L'atavisme se rencontre rarement. L'influence d'une cause occasionnelle ne peut être démontrée que dans des cas assez rares, mais parfois un traumatisme paraît avoir provoquée l'éclosion du mal : certaines circonstances qui dépriment la nutrition générale comme la gestation, la lactation, déterminent un développement rapide des symptômes. Il existe toujours une incoordination considérable des muscles volontaires et une certaine paresse des mouvements lorsque la maladie est bien établie. Les premiers signes se montrent généralement aux membres inférieurs : au bout de quelques mois, de quelques années, le mal s'étend aux membres supérieurs, à la face, aux yeux, à la tête, aux organes de l'articulation. Parfois, il débute aux membres supérieurs, ou encore à l'appareil de l'articulation.

L'ataxie peut être très considérable et la marche fort désordonnée. L'ataxie n'est pas notablement augmentée par l'occlusion des yeux. Le sens de la position du corps est parfaitement conservé.

Une certaine faiblesse des membres inférieurs se rencontre parfois à un stade avancé de la maladie, d'autres fois, il y a une contracture permanente de ces membres. Dans les cas bien développés, il y a d'ordinaire des convulsions choréiformes de la tête et souvent, des bras, accompagnant les mouvements volontaires : ces convulsions cessent pendant le sommeil.

Habituellement, il se présente un certain degré de ptosis statique avec action exagérée de l'élévateur dans la fixation du regard vers le haut. Exceptionnellement, il peut y avoir au début, une diplopie passagère due à la parésie du droit externe. Il n'existe de nystagmus d'aucune sorte.

L'atrophie du nerf optique est un symptôme précoce et constant d'ordinaire, elle progresse lentement, en même temps que les autres troubles. Il est rare qu'elle débute isolément, d'un côté.

La réaction de la pupille à la lumière et à l'accommodation est paresseuse et diminue à mesure que se développe l'atrophie du nerf optique : lorsque celle-ci est complète on peut rencontrer une ophtalmoplégie totale, interne et externe.

Il y a toujours une perturbation marquée de l'articulation, résultant sans doute, d'une incoordination, car on ne constate pas de parésie des muscles.

Dans certains cas, il y a une tendance à avaler les liquides de travers, tandis que la déglutition des solides se fait normalement.

Parfois, les sphincters sont affectés : cela se rencontre dans les cas où existent des douleurs spontanées des membres inférieurs analogues à celles de l'ataxie ordinaire.

Sauf ces douleurs, il n'existe aucun trouble de la sensibilité. Pas de troubles trophiques ou vaso-moteurs, mais une tendance marquée à l'amaigrissement. Pas d'hypertrophie, ni de lésions valvulaires du cœur. Le phénomène rotulien est toujours exagéré et parfois on obtient le phénomène du pied ; les réflexes cutanés sont également augmentés, mais à un moindre degré. L'exagération des réflexes est un symptôme précoce : elle diminue souvent lorsque la maladie avance.

Pas de pied-bot paralytique, ni autres déformateurs, si ce n'est, exceptionnellement, dans des cas déjà bien développés, de la contracture des extrémités inférieures.

X. F.

Myélite diffuse aiguë expérimentale produite par l'érysipélocoque, par M. BOURGES (Soc. de Biologie, 1893).

L'auteur a produit expérimentalement chez le lapin, en inoculant un érysipélocoque à virulence très atténuée, une myélite aiguë qui détermine au bout de cinq jours une paraplégie complète du train postérieur avec paralysie des sphincters, eschare fessière et atrophie musculaire rapide. La mort suivit au bout de quinze jours.

La moelle, examinée à l'état frais, contient des corps granuleux au niveau du renflement lombaire seulement, tandis que, sur toute

la hauteur de l'axe médullaire, on rencontre des cellules nerveuses réfringentes ou alvéolaires, à noyaux mal colorés.

La coupe de la moelle durcie montre des lésions dont la description peut être résumée de la façon suivante :

Au niveau du renflement cervical, l'altération principale porte sur les cellules nerveuses des cornes antérieures et postérieures. Elles sont soit décolorées, soit vacuolaires. Leurs prolongements ont disparu, leurs noyaux sont pâles ou ne se voient plus.

A la région dorsale, il y a à la fois dégénérescence des cellules nerveuses (surtout transformation vacuolaire), congestion vasculaire et extravasation sanguine dans la substance grise.

Le renflement lombaire est le siège d'une destruction presque complète de la moelle, qui est infiltrée de corps granuleux. Les cellules nerveuses y sont complètement dégénérées, les cylindraxes décolorés et hypertrophiés. Les racines antérieures et postérieures sont partout normales, sauf à la région lombaire, où l'on voit les cylindraxes des racines antérieures gonflés, granuleux et pâles, au point où la racine côtoie le ganglion rachidien. Les cellules nerveuses des ganglions rachidiens lombaires sont presque toutes vésiculeuses.

Les nerfs des membres, examinés après séjour dans l'acide osmique, ne présentent pas de lésion.

Les muscles des quatre membres sont atteints de dégénérescence granulo-graisseuse. L'altération est beaucoup plus prononcée au niveau des membres postérieurs qu'aux membres antérieurs.

Myélite syphilitique, par P. MARIE (*Sem. méd.*, 1893).

Le traitement employé contre les premiers accidents de la syphilis exerce-t-il une influence sur l'apparition ultérieure de l'affection médullaire? On est tenté de répondre négativement, quand on considère que des malades qui ont toujours été très bien soignés peuvent contracter une syphilis médullaire aussi grave que les individus qui n'ont été soumis à aucun traitement; cependant, pour Bouloche, la syphilis médullaire serait deux fois plus fréquente chez les personnes mal soignées (encore faudrait-il connaître quel est normalement le rapport numérique entre les malades de ces deux catégories).

Quant au sexe, les femmes sont beaucoup moins atteintes que les hommes : c'est là un fait analogue à celui que l'on constate dans le tabes. Tient-il au sexe lui-même ou n'est-ce pas surtout que la syphilis est infiniment plus rare chez la femme?

La syphilis héréditaire peut porter également son action sur la moelle; on ignore avec quelle fréquence, mais il est probable que

son domaine ira en s'accroissant avec nos connaissances; pour le moment, il semble que cette forme de syphilis médullaire atteigne de préférence les cordons postérieurs, mais non pas d'une façon exclusive; ses lésions sont plutôt diffuses. Siemerling fait remarquer qu'elle frappe toujours conjointement la moelle et le cerveau.

Quant aux *causes occasionnelles*, traumatisme, excès vénériens ou autres, fatigues, émotions morales, etc., il est absolument impossible de préciser leur rôle dans l'étiologie de la syphilis médullaire. M. ne voit, nulle difficulté à admettre que l'une ou l'autre de ces causes puisse agir en « désignant » la moelle aux coups de la maladie spécifique. M. cite dans cet ordre d'idées, le cas rapporté par M. le professeur Fournier : il s'agit d'un ancien syphilitique qui fut pris d'une myélite spécifique mortelle à la suite d'une course folle en vélodipède de Paris à Amiens et d'Amiens à Paris.

Les recherches de pathologie expérimentale faites pendant ces dernières années, notamment dans le laboratoire de Bouchard, ont ouvert, à l'égard des relations de ces différentes causes, et particulièrement du surmenage, avec les maladies infectieuses, des horizons dont on ne connaît pas encore toute l'étendue. J. M.

Des poliomyélites antérieures aiguë, subaiguë et de chronique de l'adulte, greffée sur la paralysie infantile, par BERNHEIM (Rev. de Méd., 1893).

Un malade, à l'âge de 11 mois, avait été atteint de paralysie infantile, avec atrophie du membre inférieur et pied bot équin paralytique consécutifs. Chez ce même malade est apparue, à l'âge de 47 ans, une atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne. Cette nouvelle affection a évolué en quatre ans. Elle a débuté par les muscles de la main droite pour envahir ensuite successivement les muscles de la main gauche et des bras, les deltoïdes et enfin les muscles du membre inférieur gauche. Le malade succomba à une hémorragie cérébrale intercurrente. A l'autopsie on constata l'existence de deux foyers de poliomyélite antérieure : l'un dans la corne antérieure droite de la moelle lombaire, foyer ancien ayant provoqué autrefois la paralysie infantile; l'autre au niveau des cornes cervicales, foyer récent auquel était due l'atrophie musculaire progressive. Les régions intermédiaires à ces deux foyers étaient peu atteintes; la corne lombaire gauche avoisinant la droite était presque normale. Ainsi donc on ne peut expliquer dans ce cas l'apparition de l'atrophie musculaire progressive par l'hypothèse d'une épine inflammatoire laissée par le foyer de paralysie infantile, puis-

que la seconde poliomyélite a débuté à l'extrémité opposée de la moelle dans les cornes cervicales. Quel est donc le rapport entre ces deux poliomyélites?

En examinant à ce point de vue 19 observations de paralysie infantile sur laquelle s'est greffée plus tard soit une atrophie musculaire, soit une paralysie spinale de l'adulte, l'auteur conclut que sur une ancienne paralysie spinale infantile peut venir se greffer, longtemps après la première affection, soit une paralysie spinale de l'adulte, soit une atrophie musculaire progressive spinale. Entre ces diverses maladies existe une relation qui s'explique par une diathèse locale prédisposant aux poliomyélites antérieures, diathèse soit consécutive à la paralysie infantile, soit congénitale et préexistante à cette dernière.

Syringomyélie et poliomyélite chronique de l'adulte, d'origine ischémique, par G. MARINESCO (Soc. de Biologie, 1893).

La dénomination de syringomyélie est attribuée communément à divers processus dont l'aboutissant est la formation de cavités dans la moelle épinière : l'hydromyélie (vice de conformation d'origine congénitale), la myélite cavitaire (inflammation à tendance destructive), la syringomyélie gliomateuse (Charcot).

M. n'étudie que la syringomyélie dite gliomateuse, qu'il compare à une affection caractérisée, elle aussi, par la formation de cavités dans la substance grise de la moelle. Dans la syringomyélie, il existe une hyperplasie de la névroglie qui entoure le canal central et qui reconnaît pour cause ordinaire *l'irritation et la prolifération de l'épithélium épendymaire*. Dans un cas qu'il a examiné il n'y avait de bacilles de la lèpre ni dans la moelle, ni dans les nerfs périphériques.

Dans l'affection qu'il étudie, il se fait, à la suite des altérations vasculaires chroniques, de petites cavités dans la corne antérieure. Cette affection existe chez les adultes et chez les vieillards, et, parfois, elle est associée à la sclérose des cordons postérieurs, donnant alors la raison des atrophies musculaires tabétiques. Il a désigné ce processus sous le nom de *poliomyélite chronique de l'adulte*, pour la différencier et de la poliomyélite vulgaire et des processus désignés sous le nom de myélite cavitaire. Son origine et son évolution montrent, d'autre part, qu'elle se sépare très nettement de la syringomyélie.

J. M.

Un cas de syringomyélie avec hémiatrophie de la langue, par FAMBOURÈRE (Arch. de Neurologie, 1893).

La malade, âgée de 21 ans, présente une grande quantité de cicatrices après brûlures et panaris aux membres supérieurs et près des

trochanters. Déviation lardo-cyphotique de la colonne vertébrale à droite, dans sa partie thoracique. Marche titubante. Le symptôme de Romberg. Une atrophie diffuse générale des membres gauches. Diminution de la force musculaire de la main droite, du membre inférieur et du tronc. Secousses fibrillaires des muscles de la main gauche. L'excitabilité électrique des muscles est normale. Exagération du réflexe tendineux rotulien et plantaire. Trépidation réflexe des deux côtés. Divers degrés de troubles de la sensibilité. Thermanesthésie en jaquette, analgésie considérable à peu près de toute la surface du corps, troubles du sens du toucher, principalement du côté gauche. Nystagmus. Atrophie de la moitié droite de la langue. La largeur de la moitié droite est de 20 millimètres (de la raphe au bord); celle de gauche, 30 millimètres. L'épaisseur de la moitié droite est de 5 millimètres, de la moitié gauche 7 millimètres. La muqueuse est couverte de plis et de sillons. Déviation de langue du côté droit; le sens du toucher et le sens du goût ne sont pas atteints; l'excitabilité électrique est augmentée du côté malade; il n'y a pas de dégénérescence; secousses fibrillaires dans la moitié droite de la langue. La langage et la déglutition ne sont pas atteints. Parésie du du côté droit du voile du palais et de la corde vocale droite. Différents troubles trophiques et vaso-moteurs. Sudation du côté gauche du corps et du visage.

C'est vers l'âge de 13 ans que la maladie débuta, après un typhus abdominal très grave, par l'apparition de tremblements des membres, de brûlures et de panaris analgésiques. Les troubles de la marche et du langage datent de 7 ans; la sudation d'un côté du corps dure depuis 2 ans. La date du commencement de l'hémiatrophie de la langue n'est pas connue. Il y a un an — fort traumatisme de la tête. La malade est toujours sujette à prendre froid; la syphilis et l'uréthrite sont exclues. Il semble très probable que la pathogénèse de ce cas est une gliomatose, montée vers la moelle, allongée et ayant atteint les noyaux des hypoglosses.

Rossolimo pense pouvoir rapporter l'atrophie de la langue à une légère lésion des fibres trophiques dans la racine ascendante du trijumeau. Ses expériences avec la section du nerf lingual, qui est suivie d'atrophie des muscles linguaux semblent confirmer cette manière de voir.

Minor pense qu'il est plus probable d'admettre une hémorragie dans le noyau du nerf hypoglosse; il a observé un cas où l'apoplexie se suivit par des troubles bulbaires et l'hémiatrophie de la langue.

Darnschewitsch se basant sur l'intégrité de l'excitabilité électrique, suppose que l'atrophie est d'origine réflexe.

Roth mettant en vue l'autopsie de Schulze et Kojevnikoff croient plutôt à une lésion du noyau de l'hypoglosse.

Sur un cas de dissociation de la sensibilité à type syringomyélique consécutive à une compression nerveuse, par CHARCOT (Soc. de Biologie, 1892).

La dissociation de la sensibilité dans les maladies de la peau se rencontre avec les dispositions les plus variées, tantôt l'une, tantôt l'autre se trouvant abolie ou conservée. Dans la syringomyélie, la sensibilité au froid, à la chaleur, à la douleur sont abolies, le sens du toucher restant seul intact. D'après Critzman, cette dissociation, que l'on peut dire syringomyélique, se rencontre encore dans bon nombre de maladies (ataxie, hématomyélie, hystérie et certaines névrites périphériques, l'intoxication alcoolique et surtout la lèpre).

Cette dissociation a encore été décrite dans un cas de traumatisme de la première racine rachidienne par le professeur Charcot. Le cas peut être rapproché de celui de Brissaud. Il s'agit d'une compression du nerf cubital par du tissu cicatriciel, compression si intense qu'équivalant à une section, elle a déterminé l'atrophie des muscles de la main innervée par le cubital et la dissociation dite syringomyélique dans tout le domaine de ce nerf à la main, tel que Richelot l'a délimité. Ces faits, ainsi que ceux de maladies cutanées entraînant la dissociation de la sensibilité, *semblent démontrer cliniquement, ce qui, d'ailleurs, est presque absolument admis aujourd'hui, la présence d'appareils spéciaux périphériques répondant à chaque sensibilité spéciale.* En 1874, Mitchell et en 1873 Létievant, attachaient une grande importance à ce fait clinique.

Pour expliquer cette dissociation, Ch. émet l'hypothèse suivante : Le toucher est un sens spécial, tout comme la vue, le goût, l'odorat, l'ouïe, et il existe chez les animaux mêmes les plus inférieurs ; la sensibilité au froid, au chaud, à la douleur ne sont que des phénomènes de perfectionnement *ayant acquis leur maximum chez l'homme* ; la douleur est une fonction intellectuelle et l'homme tient le premier rang aussi bien pour l'aptitude à la douleur que pour toutes les autres fonctions intellectuelles. Lorsqu'un tronc nerveux, coupé ou comprimé, ne se trouve ainsi réuni aux centres nerveux de perception que par les fibres anastomotiques des nerfs voisins, ne peut-on supposer que l'excitation extérieure est recueillie par les appareils spéciaux du toucher suffisamment puissants pour la faire parvenir par les filets récurrents jusqu'aux centres de perception, tandis qu'au contraire les appareils spéciaux chargés de recueillir et de transmettre les sensations thermiques et douloureuses, appareils de perfectionnement et de luxe, ne sont point suffisants à les faire parvenir à leurs centres ? Ch. insiste encore sur ce fait, qu'après l'opération chez son malade, les sensibilités

sont revenues dans l'ordre suivant : douleur et froid immédiatement, chaleur quelque temps après; c'est d'ailleurs ce que l'on rencontre dans presque toutes les observations détaillées de section ou de compression de troncs nerveux; et, dans celles où le toucher a été aboli, c'est ce sens qui reparait en premier lieu.

Quoi qu'il en soit des hypothèses, il résulte de ces faits que, dans les sections ou compressions nerveuses intenses, sans phénomènes concomitants de névrite périphérique, la dissociation dite syringomyélique est très fréquente, et il est étonnant qu'elle n'ait pas été plus souvent notée par les médecins et par les physiologistes.

J. M.

Hémiplégies doubles avec symptômes bulbaires, par HUGHLINGS JACKSON et J. TAYLOR (*The Lancet*, 1892).

Le malade est âgé actuellement de 56 ans. En 1888 il fut pris, pendant une promenade, d'un accès congestif qui laissa à sa suite divers symptômes : hémiplégie gauche, articulation des mots et déglutition difficiles, déviation de la bouche à gauche, impossibilité de propulser la langue en avant. Amélioration lente.

En 1883, le malade avait été pris d'accidents du même genre : ils étaient survenus également sous forme d'attaque brusque, mais l'hémiplégie avait affecté le côté droit du corps.

Rien de notable dans la famille. Le malade a souffert d'une attaque de goutte en 1879.

Symptômes au moment de l'admission à l'hôpital (1889) : le malade se plaint d'éprouver de la difficulté à déglutir et à parler distinctement. Parésie légère de l'orbiculaire des paupières et des muscles releveurs de la lèvre supérieure à gauche. Déviation de la langue à gauche. Paralyse complète des muscles du voile du palais et suppression de leurs réflexes avec persistance de la sensibilité. Pas de tremblements. Raideur légère de la jambe gauche. Réflexes tendineux normaux dans les membres supérieurs. Exagération du réflexe plantaire et du réflexe rotulien ; cette exagération est plus marquée à droite pour le réflexe rotulien. Convulsion épileptoïde du pied à droite. Sphincters normaux. Sensibilité normale. Affaiblissement du goût, ce qui, d'après le malade, aurait toujours existé chez lui. Variabilité excessive de l'humeur. Inégalité pupillaire. Dilatation plus marquée de la pupille droite. Persistance des réflexes pupillaires. A l'ophtalmoscope, symptômes de la rétinite albuminurique. Épaississement des parois artérielles. Exagération du second bruit cardiaque. Les urines contiennent beaucoup d'albumine.

Après avoir séjourné pendant quelque temps à l'hôpital, le malade

en sortit, sur sa demande; il y rentra après deux mois d'absence, le 20 novembre 1889, présentant une série de symptômes nouveaux : respiration pénible, difficulté à expectorer, voix rude, nasonnée. Articulation des plus défectueuses : il est devenu très difficile de comprendre le malade. Persistance des symptômes signalés précédemment.

Pas de changement dans l'état du patient jusqu'au 11 mars de l'année suivante, où il tomba frappé d'une attaque d'apoplexie avec perte de connaissance; coma et mort au bout de quelques heures.

Autopsie. — Épanchement sanguin dans l'espace sous-arachnoïdien, au niveau de la protubérance du bulbe et de la face inférieure du cervelet. Ce sang provenait d'une déchirure du plancher du quatrième ventricule; épanchement sanguin dans les ventricules latéraux. Lésions athéromateuses très avancées des artères de la base. Hypertrophie du ventricule gauche du cœur.

A l'examen microscopique, dégénérescence des cordons pyramidaux dans la moelle épinière et la moelle allongée, dégénérescence plus marquée à gauche. Rien aux noyaux d'origine de l'hypoglosse; impossibilité d'examiner sérieusement les hémisphères cérébraux, complètement perdus à la suite de l'hémorragie finale.

Diagnostic. — Lésion double, de nature non déterminée, située plus haut que le bulbe. Il n'existait, au point de vue symptomatologique, que des différences bien légères entre le cas que nous venons de signaler et la paralysie bulbaire progressive : le diagnostic se basait sur les symptômes différents qui avaient signalé les deux premières attaques, d'hémiplégie, l'absence d'atrophie des muscles, de la langue et de tremblement fibrillaire.

J. D. B.

Deux cas de maladie de la moelle consécutive à l'influenza, par
DETERMAN (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenh.*, 1892).

Dans le premier cas, le malade qui avait subi sans accident une influenza, se réveilla un matin presque complètement paralysé de la jambe gauche. En même temps, apparurent des sensations de chaleur et d'engourdissement dans la jambe droite et de l'anesthésie du côté droit, remontant jusqu'au sixième espace intercostal; le même jour, se produisirent six accès convulsifs dans le bras gauche, accès qui se répétèrent cinq jours plus tard, puis disparurent.

Au bout de trois mois, il ne restait que des traces de la paralysie du membre gauche et de l'hypesthésie dans la région indiquée. La contractilité électrique des troncs nerveux du bras gauche était plus prononcée qu'à droite et du côté du nerf cubital gauche, on obtenait jusqu'à un certain point la contraction tétanique à l'ouver-

ture anode AOT. L'auteur admet pour expliquer les symptômes observés une lésion unilatérale au niveau de la sixième paire dorsale en même temps que de la tétanie : la lésion consisterait dans de petites hémorragies capillaires avec hyperémie de la moelle comme celles qui ont été signalées par Eisenlohr et Foa. La tétanie devrait être attribuée à l'action de ptomaines. Le second cas, plus simple, consistait en une myélite dorsale transverse subaiguë, ayant évolué d'une manière très favorable.

X. F.

Paralysies pneumoniques, par BOULLOCHE (Thèse de Paris, 1892).

Les paralysies succédant à la pneumonie peuvent être divisées en deux catégories : paralysies précoces, paralysies tardives.

Les premières affectent généralement le type hémiplegique : plus rarement, elles sont limitées à un membre, à une partie de l'organisme. Elles se présentent également chez le vieillard, chez l'adulte, chez l'enfant. Elles apparaissent ou bien, lorsque la pneumonie est déjà manifeste, ou bien coïncident avec l'inflammation pulmonaire qu'elles dissimulent parfois complètement et que l'on ne reconnaît qu'à l'autopsie. Ce dernier fait se présente particulièrement dans la pneumonie des vieillards : de plus, dans ces cas, on ne rencontre généralement pas de lésions en foyer pouvant expliquer l'hémiplegie.

Sur 17 cas recueillis dans la littérature, il en était ainsi sept fois ; la seule altération constatée à l'autopsie consistait dans un certain degré de dégénérescence athéromateuse de l'artère sylvienne. Le pronostic de la forme hémiplegique est presque toujours défavorable et même fatal chez le vieillard tandis que chez les individus moins âgés, où la paralysie s'accompagne souvent d'aphasie, la guérison se produit habituellement.

Chez ces individus, la paralysie apparaît d'ordinaire lorsque la pneumonie est déjà bien développée. Dans les cas mortels où l'autopsie révéla des lésions, celles-ci consistaient en de la méningite de la convexité ou en du ramollissement lié à l'athéromasie.

Lorsqu'on a des raisons d'exclure toute lésion proprement dite, il y aurait lieu, d'après l'auteur, de se demander si les symptômes nerveux ne peuvent pas être attribués à l'hystérie ; on sait en effet que l'hystérie s'accompagne assez souvent d'aphasies transitoires et que des troubles hystériques manifestes peuvent résulter non seulement d'intoxications (oxyde de carbone) mais encore d'infection.

Les paralysies pneumoniques tardives surviennent ordinairement pendant la convalescence et se terminent heureusement.

L'auteur rapporte une observation personnelle dans laquelle les

accidents nerveux présentèrent l'aspect de la paralysie diphtérique : paralysie du voile du palais, des quatre extrémités, légère parésie de l'accommodation, suppression des réflexes tendineux, atrophie musculaire, réaction de dégénération, paresthésies, amélioration considérable au bout de trois mois, puis guérison complète.

Le plus souvent, la paralysie se montre entre le dixième et le vingtième jour; les troubles de la sensibilité sont peu marqués; la faiblesse motrice est plus accusée aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs, le voile du palais est parfois intéressé, les sphincters sont indemnes.

Les altérations anatomiques de la forme tardive ne sont encore que peu ou point connues; cependant, sa ressemblance avec la paralysie diphtérique permet de supposer que dans la majorité des cas, il s'agit d'une polynévrite dyscrasique.

Le pronostic est presque toujours favorable.

Sauf les cas se rattachant apparemment à la polynévrite, on a également observé à la suite de la pneumonie de la sclérose en plaques, de la méningomyélite, du ramollissement de la moelle.

L'auteur termine son travail par l'exposé de tous les cas de paralysie pneumonique publiés jusqu'ici. X. F.

Contribution à l'étude des maladies des nerfs et de la moelle d'origine gonorrhéique, par J. ENGEL-REIMERS (Jahrb. der Hamb. Staatsanstalten, 1890).

D'après quelques observations personnelles, l'auteur croit pouvoir ranger la gonorrhée parmi les maladies infectieuses capables de déterminer de la polynévrite. Chez un homme souffrant depuis six semaines de gonorrhée et de cystite, il se produisit en même temps que les troubles de la miction, de la faiblesse des membres inférieurs et de la sensibilité du côté des muscles. Huit jours après, les mêmes symptômes se manifestèrent du côté des membres supérieurs. La sensibilité était tout à fait intacte. Le réflexe patellaire et le réflexe du tendon du triceps avaient disparu : les muscles paralysés, diminués de volume, étaient sensibles à la pression et étaient le siège de douleurs spontanées.

La contractilité galvanique et la contractilité faradique baissèrent bientôt, de jour en jour. Après deux semaines, il y eut à la vérité, un léger retour de motilité volontaire dans quelques muscles, mais le mal gagna les muscles du larynx et de la face. La paralysie de ces organes demeura stationnaire après huit jours et au bout de neuf semaines, l'amélioration commença à se montrer.

Deux autres cas signalés par l'auteur, évoluèrent à peu près dans les mêmes conditions. L'auteur croit qu'on ne peut contester la relation de ces troubles avec la gonorrhée.

Enfin, il cite un cas de méningite spinale qu'il attribue également à l'infection gonorrhéique. X. F.

Un cas de paralysie ischémique par suite d'embolie de l'artère fémorale, par CHVOSTEK (*Jahrb. f. Psych.*, 1892).

Chez un homme bien bâti, douze ans après une affection syphilitique survient une attaque apoplectiforme de courte durée, suivie d'hémiplégie gauche et de troubles de la parole.

L'attaque apoplectique se répète après quatre ans et est de nouveau suivie d'hémiplégie et de dysphasie plus prononcées. Il s'y joint de l'excitation psychique, de telle sorte que le malade doit être séquestré. A l'asile, il se développe subitement une paralysie de l'extrémité inférieure droite qui se trouve légèrement fléchie dans l'articulation de la hanche et dans celle du genou; il existe des signes d'ischémie, pâleur et refroidissement de tout le membre dont les mouvements provoquent de la douleur. Le réflexe patellaire d'abord augmenté, disparaît. Comme substratum anatomique, il existe une embolie dans la fémorale, immédiatement en dessous du ligament de Poupert, embolie qui obstrue complètement la fémorale profonde et une autre qui occupe l'artère poplitée.

Dans la moelle, on ne rencontre aucune altération qui puisse expliquer la monoplégie et le nerf crural est intact.

Par contre on constate du côté du muscle une description notable de la substance contractile (disparition de la striation transversale, absence des noyaux du sarcolemme, dégénérescence hyaline).

Tenant compte des notions acquises sur le rôle de la circulation par rapport à la contractilité musculaire, l'auteur arrive à penser que les paralysies dues à la suspension de l'afflux sanguin, sont d'abord d'origine neurogène, en ce sens que les terminaisons des fibres motrices sont spécialement influencées par l'ischémie, mais qu'ultérieurement celle-ci détermine des processus inflammatoires et nécrobiotiques de substance contractile qui finissent par dominer la scène. X. F.

Névrite diabétique et ses rapports avec l'abolition du réflexe patellaire, par EICHHORST (*Arch. de Virchow*, t. 127).

Les troubles nerveux survenant au cours du diabète et particulièrement l'abolition du réflexe patellaire, ont donné lieu déjà à de

nombreuses recherches anatomo-pathologiques. On trouva que la moelle épinière était intacte, de même que les nerfs périphériques, dans les cas de Nonne, les seuls où ceux-ci aient été examinés.

Cependant, l'opinion d'après laquelle il existerait dans le diabète, des lésions des nerfs périphériques, gagne de plus en plus de terrain.

Leyden le premier a tracé le tableau d'une névrite diabétique. Le seul travail touchant les conditions anatomiques de cette névrite émane d'Anché, mais il ne fournit que des présomptions, relativement à l'absence du réflexe patellaire.

E. publie deux cas de diabète où le phénomène du genou était absent. La moelle fut trouvée saine, mais on constata une névrite étendue dans le domaine du nerf crural.

Premier cas. — Femme de 45 ans, diabète sucré; le phénomène du genou manque des deux côtés. Mort dans le coma diabétique.

Autopsie : le cerveau exhale une odeur prononcée de chloroforme. L'examen microscopique de la moelle n'indique aucune altération. Les deux nerfs cruraux de même que les vagues présentent une névrite parenchymateuse très accusée. Les nerfs sciatiques n'offrent que de légères altérations; les médians sont intacts.

Deuxième cas. — Servante âgée de 23 ans, diabète sucré (en 24 heures 2000 cc. d'urine). Phénomène du genou aboli. Mort dans le coma.

Autopsie : le cerveau a une odeur rappelant celle du chloroforme. Les nerfs cruraux de même que les sciatiques présentent de la névrite parenchymateuse très accusée. Les médians, libres de toute dégénérescence, contiennent un nombre considérable de très fines fibres nerveuses. Moelle entièrement normale.

E. rattache l'abolition du réflexe patellaire au processus névritique constaté dans les nerfs cruraux. Il conserve la manière de voir de Nonne suivant laquelle il s'agirait de troubles fonctionnels, en ce sens que ces troubles seraient les avant-coureurs de l'inflammation.

La cause dernière doit être cherchée dans une toxémie. Eichhorst n'est pas arrivé à en déterminer la nature, ni à en reproduire les phénomènes. On ne sait pas non plus comment expliquer que dans le diabète, ce sont particulièrement les nerfs des extrémités inférieures qui sont affectés.

X. F.

Troubles de la sensibilité dans la paralysie faciale périphérique rhumatismale, par LICHTENBERG (*Inaug. Diss.*, Berlin, 1892).

La thèse débute par l'exposé de 25 cas dont le dernier a été observé par l'auteur à la policlinique de Mendel et par l'examen des opinions émises sur ce sujet.

La paralysie faciale rhumatismale s'accompagne très souvent de troubles de la sensibilité qui consistent ou bien en de l'hypesthésie, ou bien en de l'hyperesthésie, ou bien, en phénomènes d'excitation subjectifs.

Ce sont ces derniers, c'est-à-dire les paresthésies et particulièrement les douleurs qui se présentent le plus communément.

La diminution de la sensibilité du côté paralysé existe assez fréquemment, à des degrés divers allant parfois jusqu'à l'anesthésie complète. L'hypesthésie apparaît d'ordinaire en même temps que la paralysie et dure en moyenne 8 à 15 jours. L'hyperesthésie s'observe rarement : elle succède parfois à l'hypesthésie.

L'auteur explique ces faits de la manière suivante : le nerf facial qui est d'abord purement et exclusivement moteur, reçoit des fibres du trijumeau dans son trajet par le canal de Fallope, par l'intermédiaire du grand pétreux superficiel et plus loin, il s'adjoint de nombreuses anastomoses sensibles du trijumeau et peut-être du nerf vague. Le facial doit donc être considéré comme un nerf moteur, contenant des fibres sensibles dans sa portion périphérique.

Lorsqu'il vient à être lésé, les fibres sensibles peuvent demeurer indemnes, mais d'autre part, elles peuvent participer à la lésion, en des proportions variables.

Comme le nombre des fibres sensibles est peu considérable, on comprend que les troubles de la sensibilité soient peu prononcés. De même, la restitution *ad integrum* des fibres sensibles s'opérera plus rapidement que celle des fibres motrices.

X. F.

Paralysie brachiale, par le Prof. VON KRAFFT-EBING (Wiener med. Colleg., 1893).

Un homme de 38 ans, à la suite d'une pneumonie, fut pris subitement, le 4 juillet, d'une paralysie des extrémités supérieures accompagnée d'anesthésie jusqu'au coude et d'hyperesthésie jusqu'aux doigts. L'anesthésie disparut au bout de 12 jours, mais la paralysie persista et fut bientôt suivie de dyspnée, de dysphagie, de troubles de l'ouïe et de vives douleurs dans les muscles de la nuque, du dos et des extrémités supérieures.

Ces derniers symptômes disparurent au bout de 15 jours; la dysphagie persista plus longtemps mais finit aussi par céder ainsi que la paralysie. Il ne reste plus qu'une atrophie considérable des muscles de l'épaule, des bras et des mains, plus prononcée du côté gauche. Dans ces régions la sensibilité est intacte, les réflexes sont diminués; l'excitabilité électrique est d'autant plus altérée que l'atrophie est plus accentuée. Pour ce qui concerne l'origine de cette

paraplégie brachiale, l'auteur ne croit pas à une affection cérébrale. La poliomyélite antérieure subaiguë ne saurait non plus être admise, parce qu'il y existait une anesthésie qui a duré 12 jours, parce que la marche de l'affection a été relativement bénigne, et enfin parce que la malade n'a présenté aucun trouble trophique. L'auteur estime qu'il s'agit d'un cas très rare de *polynévrite toxique post-pneumonique*, due à l'action des toxines pneumoniques sur les nerfs. Il fait encore remarquer qu'il existait dans ce cas des contractions fibrillaires des muscles, phénomène qu'on a l'habitude d'attribuer à une altération des centres trophiques. Ce fait démontre que les contractions fibrillaires peuvent survenir également dans les lésions nerveuses périphériques.

J. M.

Myxœdème guéri par des greffes de corps thyroïde, par GIBSON.

Un enfant de six ans, atteint de myxœdème, guérit en lui greffant à deux reprises, une première fois sous la peau de la région du grand pectoral, une seconde fois dans la cavité péritonéale, le corps thyroïde, fraîchement extirpé, d'un mouton qu'on avait préalablement endormi au moyen de l'éther. Les suites opératoires furent des plus bénignes. Quand à l'effet thérapeutique des greffes, il fut vraiment remarquable. Aussitôt après la première, l'infiltration œdémateuse de la peau diminua sensiblement, et bientôt on put constater chez l'enfant, jusque-là inerte et stupide, un réveil manifeste de l'intelligence. Le résultat de la seconde greffe, pratiquée dix mois après la première, peut être qualifié de guérison. En effet, à l'heure actuelle, le petit malade ne présente d'autre trace de son myxœdème qu'un peu d'épaississement des lèvres. Son intelligence s'est aussi considérablement développée : elle est celle d'un enfant de deux à trois ans, ce qui est beaucoup, étant donné l'état de crétinisme dans lequel le petit malade se trouvait avant le traitement.

Cas de myxœdème traités par le suc thyroïdien, par DAVIES
(Clinic. Soc. of London, 1893).

Quatre malades, trois femmes et un homme, atteints de myxœdème ont été traités par l'ingestion d'extrait pulvérulent de corps thyroïde. Cet extrait était administré, d'abord deux fois, puis une fois par semaine, à une dose équivalant à une quantité de corps thyroïde qui variait de $\frac{1}{8}$ de ce corps à la glande entière. On le donnait dans du thé de bœuf dont la température n'était pas assez élevée pour détruire les principes actifs de l'extrait.

Tous ces malades ont été considérablement améliorés. Leur poids a diminué, la peau a repris sa souplesse, la respiration et la marche sont devenues plus faciles.

Pasteur a montré une femme de 55 ans, atteinte de myxœdème et améliorée par l'usage de substance thyroïdienne crue. Après avoir ingéré 5 corps thyroïdes, cette malade a présenté des symptômes d'intoxication, caractérisés surtout par un affaiblissement notable de l'action du cœur et qui ont nécessité une diminution de la dose de l'extrait. Chez cette même malade le retour de la peau à son état normal, sous l'influence du traitement, a été précédé d'une desquamation rappelant celle de la scarlatine.

Calvert a traité un cas de myxœdème datant de 12 ans rapidement amélioré sous l'influence de l'ingestion d'un demi-corps thyroïde 3 fois par semaine.

Murray se sert, pour les injections hypodermiques, d'une mixture composée de parties égales d'extrait thyroïde, de glycérine et de solution phéniquée à 5 %. 6 grammes de cette mixture sont l'équivalent d'un corps thyroïde de mouton. Il injectait auparavant 25 gouttes de la solution, mais comme cette solution produit un certain degré d'irritation locale, il a réduit la dose à 15 gouttes. Il a soin de faire l'injection très lentement afin d'éviter les accidents dus à la pénétration de l'aiguille dans une veine. Pour l'administration par la bouche, Murray se sert d'un mélange à parties égales de suc thyroïdien et de glycérine. L'expérience lui a montré que, pour obtenir le même effet, il faut administrer par la bouche le quadruple de la dose employée pour les injections hypodermiques.

Il convient, d'après Murray, de diviser le traitement en deux périodes : la première, pendant laquelle on constate une amélioration progressive des symptômes, c'est celle du traitement actif; dans la seconde, période de l'amélioration stationnaire, on se borne à administrer tous les 15 jours 20 gouttes du mélange susmentionné, ce qui suffit à prévenir les rechutes.

Murray a produit des tracés thermiques montrant l'élévation de température qui survient invariablement après chaque injection d'extrait thyroïdien.

Ord a essayé des greffes de fragments de corps thyroïde, mais sans en obtenir d'autre effet qu'une amélioration passagère des symptômes. Il préfère l'administration de l'extrait thyroïdien par la bouche; il considère le traitement comme le plus efficace et le plus commode. Enfin, il insiste sur la nécessité de procéder avec précaution au début du traitement afin de ne pas donner au malade une dose trop élevée d'extrait thyroïdien.

Un signe pathognomonique du goître exophtalmique, par
P. GUTTMANN (*Berlin. med. Gesellsch.*, 1893).

Deux femmes, l'une âgée de 34 ans, l'autre de 38, sont atteintes de la maladie de Basedow. Chez toutes deux, le stéthoscope appuyé contre le goître permet d'entendre des bruits de souffle caractéristiques, isochrones avec les battements de cœur; ces bruits de souffle ne se perçoivent jamais dans les goîtres qui ne relèvent pas de la maladie de Basedow; ils se développent dans le goître même, en l'absence de toute lésion cardiaque; ils sont dûs d'abord à l'hypertrophie du ventricule gauche, hypertrophie qui complique ordinairement le goître exophtalmique, et ensuite à une inégale répartition du sang dans les artères de la glande thyroïde. Les vaisseaux étant inégalement dilatés, il s'y produit des tourbillons de sang qui donnent lieu à des bruits de souffle. Rien de pareil n'a lieu dans les goîtres dus à d'autres causes que la maladie de Basedow.

Les bruits de souffles artériels perçus au niveau d'un goître ont donc une très grande importance pour le diagnostic de la maladie de Basedow, surtout quand un des éléments de la triade symptomatique habituelle de cette affection vient à manquer.

Von Graefe constata en 1867 que, chez les malades atteints de goître exophtalmique, il existait toujours une insuffisance de la paupière supérieure. Ce signe est moins constant que le précédent.

Quant aux bruits de souffle qui se passent dans les veines jugulaires, ils n'ont aucune valeur diagnostique. J. M.

Goître exophtalmique avec troubles psychiques, complications rares, par HAY (*Med. age*, 1891).

Premier cas. — Depuis vingt-cinq ans, la malade souffrait de diarrhée; elle présentait en outre une idiosyncrasie vis-à-vis de l'opium. En décembre 1885, elle devint mélancolique et le resta trois mois. Au mois d'avril 1891, ayant alors 61 ans, elle est de nouveau prise de mélancolie; on constata en même temps de l'exophtalmie, de la tachycardie et une augmentation de volume de la glande thyroïdienne. Sauf l'arc sénile, les yeux ne présentaient aucune anomalie. Dans le cours des mois suivants, l'état mental subit des variations marquées et enfin, en avril 1890, cinq mois avant la mort aboutit à la démence.

Second cas. — Femme de 66 ans; trois ans avant la mort se manifesta une mélancolie au cours de laquelle on constata de l'exophtalmie, de l'accélération des battements du cœur et souvent,

des palpitations. En même temps se produisirent des sensations anormales dans la nuque.

A cause de ces troubles, la malade fit usage de la paralaldéhyde et s'y habitua si bien que la suspension du médicament provoque des symptômes de collapsus. Peu à peu, la peau présenta une pigmentation très accusée et il se produisit un gonflement de la thyroïde. La malade mourut peu de temps après l'apparition de convulsions limitées au côté droit et accompagnées d'inégalité des pupilles, mais sans paralysie.

Troisième cas. — Institutrice, âgée de 43 ans, sans antécédents héréditaires, était un peu nerveux, mais pourtant jouissait d'ordinaire d'une bonne santé. Trois ans avant d'être mise en observation par l'auteur, elle remarqua un gonflement du cou et son médecin reconnut l'existence d'une exophtalmie. Un mois avant son admission, elle fut prise de mélancolie typique.

On constata chez elle les phénomènes suivants : exophtalmie prononcée, augmentation considérable et battements de la glande thyroïde, palpitations carotidiennes, pouls capillaire, accélération du pouls, exagération des réflexes, albuminurie. Dans la suite, il se produisit en différents points du corps, des œdèmes parfois très étendus et en même temps, la température d'ordinaire sub-normale, montait assez haut. Finalement, de la gangrène symétrique s'établit aux pieds, dans la région abdominale, dans la région trochantérienne. Petit à petit, la malade devint démente.

X. F.

Folie communiquée de l'homme à l'animal, par CH. FÈRE (Soc. de Biologie, 1893).

On sait que la folie se communique assez fréquemment d'un sujet à une ou plusieurs personnes de son entourage; on connaît moins les cas dans lesquels des troubles psychiques se sont transmis de l'homme aux animaux qui vivent habituellement dans sa compagnie. Beaucoup de chiens, appartenant à des races plus ou moins dégénérées, sont cependant susceptibles, lorsqu'ils cohabitent avec des hystériques et des névropathes (qui sont eux-mêmes des dégénérés), de contracter leur émotivité morbide. Il a été donné à l'auteur de constater, chez plusieurs chiens vivant dans ces conditions, une véritable agoraphobie avec tous les phénomènes qui caractérisent ce syndrome de dégénérescence chez l'homme. En présence d'une rue ou d'une place à traverser, les animaux sont pris de frayeur, ils tremblent de tous leurs membres, serrent la queue entre les jambes, etc. Ces crises angoissantes sont toujours précédées d'une sécheresse du nez; ce phénomène, que F. a toujours rencontré, n'a pas été mentionné par Darwin.

J. M.

Contribution à l'étude du délire d'origine sympathique, par les
D^{rs} PICQUÉ et FEBVRE (*Ann. médico-psychol.*, 1893).

La nommée C..., âgée de 39 ans est entrée à l'asile de Ville-Evrard le 26 septembre 1890, après un séjour d'un an à l'asile de Villejuif et un mois de liberté dans sa famille. Stigmates de dégénérescence. Habitudes alcooliques invétérées, tremblement des lèvres et des mains, malaises gastriques, sentiment de faiblesse dans les membres inférieurs.

Conceptions délirantes de persécution. Hallucination de l'ouïe. Croyance à des influences occultes. Illusions de la vue. Altérations de la personnalité; quatre Italiens sont dans son ventre; elle entend leurs voix, qu'elle qualifie les unes de bonnes, les autres de mauvaises; deux Italiens, ceux de droite, sont pour son mari, les deux de gauche sont pour elle. Ils lui agrandissent la bouche, lui ont mis une tête d'homme en dedans de la sienne; elle n'a plus ses yeux. Parfois les quatre Italiens la violent l'un après l'autre, laissent des traces ignobles sur sa chemise, et elle sort exténuée de ses attentats. Hallucinations de la sensibilité générale. Idées de grandeur; elle est connue de tout Paris, tous les journaux parlent d'elle.

Hémorragies. L'examen des organes pelviens permet de reconnaître la présence de deux tumeurs, l'une à gauche, dans la région ovarienne, empiétant sur la ligne médiane et le côté droit, dépassant l'ombilic de deux travers de doigt, tumeur peu mobile fluctuante et offrant les apparences d'un kyste fortement enclavé dans le plancher pelvien, adhérent à l'utérus; l'autre tumeur venait faire saillir à travers le col utérin, sous forme d'une masse blanchâtre, mamelonnée, presque exsangue, à bords circulaires, s'étalant en dehors des lèvres du col et étranglée à sa base qui donnait naissance à un pédicule traversant le canal cervical.

Le D^r Picqué, chirurgien des hôpitaux de Paris, pratique une double intervention chirurgicale le 5 juillet. Énucléation du corps fibreux. Ponction et énucléation du kyste (il s'agissait d'un kyste hydatique). Guérison rapide (au point de vue opératoire).

A la suite de cette intervention chirurgicale, disparition de toutes les perversions sensorielles qui se rapportaient aux organes abdominaux ou à la sphère génitale. La malade n'a plus d'Italiens dans le ventre; elle n'est plus l'objet de souillures, a repris ses attributs féminins. Ses illusions du goût ne se reproduisent plus.

RENÉ SEMELAIGNE.

Nécrophobie. Contribution à l'étude des idées fixes, par le
D^r ELLERO (*Ann. de Psychiatrie*, 1893).

Il s'agit d'une jeune fille sans tare héréditaire aucune, sans antécédents névropathiques. S'étant un jour rendue au cimetière, tandis qu'elle se trouvait sous une fâcheuse influence morale (amour contrarié), elle en rapporta une sensation de crainte frissonnante des morts, qui augmenta rapidement, et, l'emplissant d'une invincible angoisse, finit par la dominer d'une façon impérieuse et continue. L'auteur nous dépeint la triste existence de la malade, ses actes étranges, son souci constant d'éviter toutes les personnes, les soupçonant de s'être approchées d'un mort ou d'avoir touché des objets précédemment soumis à son contact; il décrit l'état d'angoisse où la réduisait la simple évocation mentale des morts ou l'idée de leur contact direct ou indirect. Elle avait pleine conscience de l'absurdité morbide de ses sensations; mais une puissance quasi-souveraine étouffait la voix de la raison, annihilait la volonté.

La suggestion hypnotique amenait la malade à accomplir certains actes auxquels elle se serait obstinément refusée, mais ne supprimait pas la sensation d'angoisse concomitante.

Pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, l'état morbide disparut. R. S.

Un phénomène non encore décrit dans l'hallucination de la vue,
par PICRACCINI (*Riv. sper. di freniatria*, 1892).

L'auteur a constaté chez un imbécile dégénéré qui présentait des hallucinations visuelles des deux côtés, que celui-ci disparaissait lorsqu'il fermait l'un ou l'autre œil. Il considère ce phénomène comme le résultat d'une auto-suggestion. Le malade s'imaginait qu'il lui était devenu impossible de voir convenablement quand il fermait un œil. Il en résultait qu'il ne voyait plus ses hallucinations.

J. M.

Asthénopie et rétrécissement concentrique dans les maladies du système nerveux, par KÖNIG. — *Hyperesthésie optique d'origine centrale*, par FREUND. — *Troubles de la vision des couleurs dans les affections traumatiques du système nerveux*, par WOLFFBERG (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1893).

D'après Oppenheim, il y aurait rétrécissement du champ visuel dans la névrose traumatique, et ce symptôme serait le moyen le plus sûr de déceler la simulation, si fréquente, d'après certains auteurs,

dans cette affection. Pour d'autres, ce symptôme serait sans valeur et serait rare (Schultze). Seules des recherches ultérieures pourront donner quelques éclaircissements sur ce point et sur tant d'autres encore obscurs dans l'histoire de la névrose traumatique. Du reste, il existe dans cette affection d'autres troubles de la vision, de la fatigue du champ visuel, symptôme principal de l'asthénopie nerveuse et sur lequel Kœnig appelle l'attention.

Qu'entend-on par fatigue du champ visuel. En recherchant à l'aide du périmètre l'étendue du champ visuel dans certaines affections, on remarque que, à mesure que l'on examine un nouveau méridien, le champ visuel se rétrécit de plus en plus. Au début des recherches le champ visuel est normal ou moindre qu'il ne devrait l'être.

Supposons qu'en recherchant l'étendue du champ visuel on promène le signal dans une même direction pour tous les méridiens successifs, en allant, par exemple, toujours de l'extrémité temporale à l'extrémité nasale. Förster a fait observer qu'en procédant de cette façon chez les individus atteints d'asthénopie nerveuse ou plus spécialement de fatigue du champ visuel, on trouvait du rétrécissement du champ visuel, mais que ce rétrécissement était beaucoup plus marqué du côté nasal de l'œil, où venait se terminer l'examen des méridiens successifs. Réciproquement, lorsqu'on étudie le champ visuel en partant du côté nasal, on trouve une exagération du rétrécissement visuel temporal.

Wilbrand a simplifié cette méthode assez laborieuse; il n'examine qu'un seul des méridiens de l'œil. Partant du côté temporal, il conduit le signal vers le côté nasal de l'œil. Soit 1 le point où le signal pénètre dans le champ visuel temporal, soit 2 le point où il sort du champ visuel nasal. Wilbrand fait alors parcourir, mais à rebours, le même chemin au signal, et constate que les malades atteints d'asthénopie nerveuse ne voient plus le signal avant qu'il arrive au point 1; retournant sur le côté nasal, le signal est perdu avant d'arriver au point 2, et ainsi de suite.

Ce symptôme s'observe dans les affections les plus diverses (psychoses, démence paralytique, affections organiques du cerveau, hystérie, épilepsie, neurasthénie), et en particulier dans les affections traumatiques, notamment les névroses traumatiques.

On n'est pas fixé sur l'origine de ces troubles oculaires; correspondent-ils à une lésion rétinienne ou à une lésion du système nerveux central? Wilbrand est porté à leur reconnaître une cause périphérique. Quoi qu'il en soit, ils ont une importance énorme pour déceler la simulation dans la névrose; il est *a priori* impossible de simuler les phénomènes que nous venons de décrire, sans avoir des connaissances étendues de l'examen des propriétés de l'œil.

Chez certains malades atteints de troubles fonctionnels de la vision, loin de constater du rétrécissement du champ visuel, de la fatigue du champ visuel, on trouve une augmentation d'étendue de ce champ; non seulement pour le blanc, mais encore, à des degrés divers, pour toutes les autres couleurs.

L'examen de ces malades doit se faire dans certaines conditions qu'indique l'auteur; leur œil se fatigue rapidement et plusieurs présentent le symptôme de Förster, signalé plus haut.

Tous ces malades sont venus trouver l'auteur fort peu de temps après l'accident causal (quelques jours, quelques semaines); l'acuité visuelle était bonne; ils distinguaient convenablement les couleurs.

L'augmentation primitive de l'étendue du champ visuel est suivie, au bout d'un certain temps, de rétrécissement de ce champ; l'acuité visuelle se maintient pendant plus longtemps.

En même temps que de l'hyperesthésie oculaire, on rencontre de l'hyperesthésie d'autres organes de la sensibilité spéciale, de l'ouïe, du tact; les malades portent des zones hystérogènes: ils souffrent de rachialgie, de névralgies supra-orbitaires.

L'auteur n'a recherché le symptôme oculaire qu'il signale ici que chez des malades atteints de névrose traumatique; rien ne prouve qu'il ne puisse se rencontrer chez des individus atteints d'autres affections nerveuses.

J. D. B.

Nouvelles contributions à l'étude de la névrose traumatique et de la simulation de celle-ci, par SEELIGMULLER (*Deutsche med. Wochens.*, 1892).

L'auteur avait, en 1890, publié une brochure dans laquelle il demandait l'établissement d'hôpitaux spéciaux pour les cas de névrose traumatique. Il prétendait que les cliniques des universités sont des écoles de simulation et déclarait que les assistants des cliniques n'avaient pas assez d'expérience pour examiner et observer les cas suspects de simulation. A la suite de cette publication, la Faculté de médecine de Halle lui avait infligé un vote de blâme. La brochure en question n'ayant abouti à aucun résultat pratique, l'auteur revient à la charge et se croit obligé d'appuyer ses premières conclusions par les considérations que lui fournit son expérience personnelle.

Les observations de l'auteur sont longuement détaillées et occupent quatre livraisons du journal. Malgré son caractère polémique la publication présente un grand intérêt scientifique; entre autres choses remarquables, l'auteur fournit la preuve que certains symptômes que l'on a taché de présenter comme pathognomoniques

de la névrose traumatique (tachycardie paroxysmatique, impossibilité de se tenir debout les yeux fermés, exagération des réflexes, etc.) pouvaient être provoqués par d'autres causes telles que l'intoxication alcoolique ou nicotinique. D.

Deux cas de névrose traumatique chez de très jeunes enfants,
par VIBERT (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1893).

I. Une petite fille de 3 ans fut contusionnée au front lors de l'accident de Saint-Mandé. Pas de perte de connaissance, mais terreur extrême avec cris incessants. Les jours suivants, céphalalgie légère et vomissements alimentaires; peu à peu le caractère se modifia profondément; accès de terreur pendant lesquels la malade devenait subitement immobile et muette, prenait un air effrayé et paraissait en proie à des hallucinations terrifiantes, avec cris d'épouvante, tremblement, larmes abondantes. Incontinence d'urine, cauchemar sommeil mauvais, appétit capricieux et inégal.

Amélioration au bout de quelque temps; mais les urines ont conservé leur fréquence, et les hallucinations leur intensité.

II. Un petit garçon de 5 ans reçut, dans la chute d'un échafaudage, une contusion au milieu du front. Consécutivement, perte de connaissance, délire, vomissements. Rétablissement rapide, mais persistance de symptômes divers : insomnies, hallucinations terrifiantes, troubles de l'appétit, vomissements alimentaires.

L'auteur croit retrouver, dans ces observations, un nombre suffisant de symptômes pour pouvoir qualifier ces deux cas de névrose traumatique. C'est ce que contestèrent, dans la discussion, Gilles de la Tourette, Garnier et Christian. Ce dernier croit devoir attacher à certains détails des observations de V. plus d'importance qu'il ne l'a fait. Il se pourrait que l'on eût affaire, dans la première observation, à une commotion cérébrale consécutive à la contusion du front, que V. considère comme insignifiante. Dans la deuxième observation ont éclaté des symptômes de méningite; les lésions consécutives sont suffisantes pour expliquer l'état actuel de l'enfant et exclure la réalité d'une névrose traumatique.

J. D. B.

De la simulation et de l'exagération des suites d'accidents et des moyens de les combattre, par HÖNIG (*Wiener med. Presse*, 1892).

L'auteur fait remarquer que depuis que la nouvelle loi sur les assurances contre les accidents est en vigueur en Allemagne, elle a

eu pour effet de prolonger et de multiplier singulièrement les périodes de chômage chez les blessés, alors que précédemment ils mettaient tout en œuvre pour reprendre le plus tôt possible leur travail. Ce fait doit être attribué en grande partie à la simulation ou tout au moins à l'exagération du dommage éprouvé. Certains médecins peu consciencieux ne craignent pas de se prêter à cet abus.

Le simulateur retire d'ailleurs plus d'un enseignement des observations et des explorations médicales dont il est l'objet.

Il faut admettre aussi jusqu'à un certain point chez les blessés l'intervention des auto-suggestions. On observe en effet parfois ces simulations chez des individus qui n'ont aucun intérêt à simuler.

L'auteur pense que pour admettre qu'il y a une simulation il faut que celle-ci soit volontaire et consciente.

Il émet l'opinion que beaucoup de symptômes qui ont été décrits comme propres à la névrose traumatique doivent tout simplement être mis sur le compte de l'alcoolisme.

Le tremblement, les troubles cardiaques sont souvent d'origine alcoolique ou nicotinique. Le tremblement peut être simulé comme toute la lésion des troubles psychiques.

Quant à la question de savoir s'il existe une névrose traumatique spécifique, l'auteur pense qu'à côté de l'hystérie ou de la neurasthénie traumatique il existe des formes pathologiques qui présentent une symptomatologie complexe empruntée à la fois à l'hystérie, à la neurasthénie et à l'hypocondrie et que l'on peut sans inconvénient désigner sous le nom de névrose ou plutôt de psychose traumatique. L'auteur fait cette observation que sur 600 cas qui furent traités dans son institut soi-disant comme étant atteints de névrose traumatique, il n'y en eut pas un seul où l'origine traumatique de la maladie fut évidente et prouvée; que tous étaient simulés ou exagérés (!!!).

Le plus sûr moyen de les combattre, dit l'auteur, est de surveiller le blessé pendant longtemps et avec persévérance après la guérison des accidents aigus, puis de traiter les troubles fonctionnels par les méthodes mécaniques et de ne démasquer le simulateur qu'après avoir acquis la certitude de sa simulation. Il donne à cet effet quelques indications physiologiques intéressantes, mais dont quelques-unes ne sont pas à l'abri de tout reproche. D.

La rumination, symptôme rare de neurasthénie, par NÆCKE
(*Neurol. Centr.-Bl.*, 1893).

N. a constaté le phénomène de la rumination (mérycisme), chez lui-même en même temps qu'une série de symptômes caractéristiques

de la neurasthénie (insomnie, sensation de constriction à la tête, irritabilité du système vasculaire, secousses musculaires), à la suite de surmenage intellectuel et d'une intoxication grave par l'iodoforme. La rumination survenait après les repas, au bout d'une période de temps variant de quinze minutes à deux heures, et consistait en régurgitations successives d'aliments ingérés, ayant conservé leur goût primitif. Il n'y avait ni dilatation de l'estomac, ni troubles digestifs. La rumination se produisait surtout après des repas copieux ou pris à la hâte, lorsque la mastication était imparfaite, à la suite de l'ingestion de morceaux de consistance dure (pépins et fragments de fruits, lard non fumé, etc.). Ce qui était surtout significatif, c'est le parallélisme qui existait entre les accès de mérycisme et les troubles neurasthéniques. Les jours où ces troubles étaient très accusés, la régurgitation d'aliments était plus fréquente et plus intense que jamais. Et inversement, lorsque survenait une accalmie des symptômes de neurasthénie, le mérycisme s'atténuait et disparaissait même pour un certain temps.

N. en conclut que la rumination périodique chez l'homme peut être un symptôme de neurasthénie. Elle s'explique par une irritabilité exagérée de la muqueuse stomacale à l'égard de certains excitants mécaniques et chimiques.

J. M.

Des anesthésies cérébrales, par VON FRANKL-HOCHWART (Wien. k. k. med. Gesellsch., 1893).

L'auteur a suggéré à des hystériques une analgésie circonscrite d'une partie du corps et il a constaté que dans ces conditions la sensibilité diminuait dans la région homologue. S'il rétablissait la sensibilité dans la partie primitivement analgésique, il constatait que du côté opposé la sensibilité augmentait également. Mêmes phénomènes furent constatés du côté de l'ouïe. On sait, d'autre part, que dans l'hémianesthésie hystérique le rétrécissement du champ visuel n'est pas unilatéral, mais existe également pour les deux yeux. On est ainsi conduit à penser que chaque hémisphère cérébral doit envoyer des fibres de sensibilité aux deux moitiés du corps. Pour expliquer l'amblyopie double des hystériques, Fr. est d'avis que chaque hémisphère envoie à la fois aux deux rétines des fibres médianes pour la vision centrale et des fibres latérales pour la vision périphérique.

Une lésion des fibres médianes et des fibres avoisinantes pour la vue périphérique du côté opposé produira de l'hémiopie; si la lésion a lieu vers la partie latérale, elle pourra produire de l'hémiopie avec rétrécissement du champ visuel. Lorsque la lésion sera située plus

latéralement, elle atteindra les fibres des quatre moitiés rétiniennes et produira un rétrécissement bilatéral du champ visuel.

Obersteiner cite à l'appui de l'opinion de l'auteur les faits d'allochirie qui s'observent dans l'hystérie et dans quelques autres affections nerveuses.

Exner soutient que chaque hémisphère préside à la sensibilité des deux moitiés du corps : ce qui le prouve, c'est qu'à la suite de la destruction totale d'un hémisphère on n'observe pas une abolition de la sensibilité dans la moitié opposée du corps.

Mauthner n'est pas satisfait de l'explication donnée par l'auteur. Chaque fois qu'une partie de l'hémisphère cérébral contenant des fibres du nerf optique est lésé, les phénomènes oculaires sont homonymes; mais dans le rétrécissement concentrique des hystériques, il n'y a pas homonymie. Du reste, ce rétrécissement du champ visuel chez les hystériques n'est pas un véritable rétrécissement concentrique. S'il en était ainsi, les hystériques ne pourraient pas marcher; ce rétrécissement ne survient que lorsque l'attention du malade est mise en éveil par l'examen auquel il est soumis. J. M.

De l'anesthésie hystérique généralisée, par M. RAYMOND (*Gaz. méd. des Hôpit.*, 1893).

Un malade à la fois hystérique et dégénéré présente une anesthésie généralisée à toute la surface du corps. Cette anesthésie n'est pas limitée à la peau et aux muqueuses; elle intéresse encore les muscles et les articulations. La vue et l'ouïe sont les seuls sens qui persistent, encore leur acuité est-elle diminuée. L'odorat et le goût sont complètement abolis. Il en est de même des sensations internes de la faim, de la miction, de l'éjaculation, de la défécation, etc.

Malgré cette anesthésie si complète, les réflexes sont parfaitement normaux, aussi bien les réflexes tendineux que les réflexes cutanés.

En ce qui concerne la motilité, on ne relève pas d'autres troubles qu'un degré d'affaiblissement musculaire.

Raymond répète ensuite sur ce malade quelques expériences destinées à mettre en lumière plusieurs problèmes intéressants de psycho-physiologie, notamment l'influence des sens sur les mouvements volontaires et les relations de l'anesthésie hystérique avec l'intelligence, la volonté et la personnalité.

Il montre d'abord que l'intégrité des mouvements volontaires est subordonnée à celle des sens : aussi ce malade est-il incapable de faire le moindre mouvement lorsqu'on lui ferme les yeux. De même, si on lui bouche les oreilles, il ne peut plus écrire ni marcher, parce qu'il ne perçoit plus le bruit produit par ces actes.

Chez ce malade les phénomènes psychiques sont aussi subordonnés à l'intégrité des sensations. Si on lui supprime, en effet, les deux sens qui lui restent par l'occlusion des yeux et des oreilles, il s'endort immédiatement parce qu'on a ainsi annihilé chez lui l'activité cérébrale qui constitue l'état de veille.

Ce sommeil artificiel ressemble beaucoup plus au sommeil ordinaire qu'à celui de l'hypnose, car il cesse brusquement à la suite d'une excitation portant sur un sens autre que celui de la vue, et parce qu'au réveil, contrairement à ce qui s'observe à la suite du sommeil hypnotique, ce malade conserve le souvenir de ses rêves et de ses hallucinations provoquées ou spontanées.

Si, au lieu de supprimer complètement les rapports de ce malade avec le monde extérieur, on les diminue seulement en lui laissant l'usage d'un des sens, l'autre étant annihilé, on constate que ce malade ne s'endort plus, mais qu'il a beaucoup plus de peine à exécuter les mouvements qu'on lui commande, à répondre aux questions qu'on lui pose, etc. En rétrécissant son champ sensoriel, on a donc rétréci également celui de son activité volontaire et entamé sa personnalité.

On peut également profiter des mêmes expériences pour s'assurer que les sensations élémentaires persistent et sont conservées par la mémoire, sans pourtant être conscients, ainsi que l'a montré M. P. Janet. Ce qui leur manque, c'est simplement la reconnaissance qui est le fait du moi, de la personnalité.

L'anesthésie hystérique apparaît donc ainsi comme une maladie de la personnalité; celle-ci étant elle-même subordonnée à l'intégrité des différentes sensibilités, il y a là une sorte de cercle vicieux pouvant jusqu'à un certain point rendre compte de la ténacité désespérante de la plupart des manifestations de l'hystérie.

Les algies centrales ou psychiques des neurasthéniques,
par M. HUCHARD (Soc. méd. des Hôpit., 1893).

Les algies centrales ou psychiques se reconnaissent aux caractères suivants : ce sont des douleurs violentes, intolérables, de longue durée, sujettes à des exacerbations très vives, siégeant dans des points divers et sans relation aucune avec le trajet d'un nerf ou le siège d'un organe quelconque (topoalgies de Blocq). Ces douleurs n'augmentent pas le plus souvent par la pression superficielle ou profonde, ce qui les distingue des névralgies; elles sont en outre rebelles à tous les médicaments (antinévralgiques, anesthésiques et antipériodiques). Elles surviennent presque toujours chez les indi-

vidus en puissance de neurasthénie, c'est-à-dire de cette affection caractérisée par une sorte catalepsie de la volonté.

Il a y une distinction à faire entre l'hypocondriaque et le neurasthénique qui peuvent tous deux se plaindre de douleurs plus ou moins vives; l'hypocondrie est la maladie des *idées fixes*; la neurasthénie, et surtout la neurasthénie locale, est la maladie des *sensations fixes*.

L'inamovibilité de la douleur est le résultat de cet état sensitif, et Blocq a eu raison de regarder la topoalgie neurasthénique comme la manifestation clinique de la persistance d'une image sensitive, analogue à ce qu'est l'idée fixe dans le domaine de l'intelligence. »

C'est pour cette raison qu'il a eu l'idée de mobiliser, en quelque sorte, cette image sensitive fixe, en provoquant « au niveau de l'endroit où est ressentie la douleur une sensation pénible et relativement durable, estimant que cette douleur, artificiellement créée, se superposant à la douleur subjective spontanée, s'y substituerait et que, grâce à cette mobilisation temporaire, celle-ci finirait par disparaître. » Dans ce but, il a eu recours avec succès à la faradisation *loco dolenti* à l'aide du balai électrique.

H., en s'appuyant sur les deux indications thérapeutiques de tout état neurasthénique : *soutenir* et *calmer*, prescrit comme moyen calmant les pulvérisations de chlorure de méthyle souvent répétées sur le trajet de la colonne vertébrale et, comme agent tonique, des injections sous-cutanées contenant 5 à 10 gr. d'un sérum artificiel ainsi composé : eau stérilisée 100 gr., chlorure de sodium 5 gr., phosphate de soude 10 gr. sulfate de soude 2 gr. 50 centigr., acide phénique neigeux 50 centigr.

Lorsque l'état anémique est très accentué, il se sert également d'une solution d'hémoglobine à $\frac{1}{10}$, dont il injecte 1 gr. par jour dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Un cas d'anurie hystérique, par HOLST (*Centr. f. Nervenh.*, 1892).

Benedikt a observé une malade qui n'avait pas émis d'urine pendant huit jours; c'était le cas d'anurie le plus persistant qu'on eût signalé jusqu'à ce jour. Holst a observé un cas nouveau; l'émission d'urine fut suspendue pendant dix-sept jours, sans qu'il en soit résulté aucune conséquence fâcheuse pour la malade.

Agée de 16 $\frac{1}{2}$ ans, elle avait pour père un épileptique, mais n'avait présenté aucune espèce de trouble nerveux, mental ou autre, depuis sa naissance. A la suite de surmenage scolaire, à ce qu'il semble, elle fut prise de chlorose; cette maladie suivait son cours ordinaire,

lorsque, après quelques semaines de durée, elle se compliqua de symptômes urinaires et notamment d'oligurie. En juillet, l'émission d'urine cessa tout à fait, la vessie, examinée à diverses reprises, fut trouvée toujours vide, et les recherches faites pour déterminer s'il existait quelque cause locale justifiant cette anurie n'aboutirent pas.

L'examen des urines, fait quelques jours avant leur disparition complète, ne fit rien constater d'anormal. L'état général se maintint relativement bon; cependant la malade dormait mal la nuit; elle était prise de douleurs dans le dos et le bassin; très déprimée au point de vue moral, elle croyait n'avoir plus que quelques jours à vivre. Au bout de dix jours, elle reprit courage; on put la rassurer, et elle se mit à manger de meilleur appétit. Les selles, de consistance molle, furent examinées avec soin; jamais on n'y trouva de traces d'urine; la malade ne transpirait pas et cependant se plaignait d'une soif intense qu'elle cherchait à satisfaire en avalant de grandes quantités d'eau.

Il ne peut être question ici de simulation; l'auteur dit avoir à ce sujet tous ses apaisements, avoir eu son attention attirée sur ce point et être convaincu de la véracité de son observation.

Alors que l'anurie avait duré environ quinze jours, l'auteur entreprit un traitement hypnotique; il ne réussit à hypnotiser la malade qu'à la seconde séance, et lui suggéra qu'elle ne ressentirait plus de douleurs pendant la nuit; la suggestion réussit. Dans une troisième séance, il lui suggéra qu'il trouverait le lendemain de l'urine dans la vessie; il en fut ainsi, et après dix-sept jours d'anurie, la malade se remit à uriner. Les premières portions d'urine émises avaient un aspect normal, une densité de 1010, une réaction acide, ne renfermaient pas de sucre, mais une faible quantité d'albumine. Les jours suivants, la quantité d'urine diminua de nouveau jusqu'au moment où l'auteur menaça la malade de la traiter au fer rouge et lui eut fait quelques applications dans le dos du cautère de Paquelin.

Il faut noter l'absence de vomissements dans le cas de H.

Charcot les a notés d'une façon constante. Avec Jolly, il a démontré que l'anurie hystérique ne résulte pas d'une occlusion des urètres, mais d'un véritable arrêt dans la sécrétion rénale. Il est plus difficile d'expliquer l'absence de toute espèce de complications dans les cas de ce genre; comment la persistance dans l'économie de produits toxiques qui devraient être éliminés peut-elle ne déterminer aucune espèce de trouble?

On ne peut l'expliquer que par un ralentissement considérable de la nutrition organique.

J. D. B.

Association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux, les névroses et diverses autres affections, par BABINSKI (Soc. méd. des Hôpitaux, 1892).

L'hystérie peut s'associer aux maladies les plus diverses (sclérose en plaques, tabes, syringomyélie, maladie de Morvan, mal de Pott, paralysie faciale, myopathie primitive, neurasthénie, agoraphobie, onomatomanie, chorée, maladie de Basedow, etc.).

Si un léger traumatisme, une simple émotion, ou toute autre cause banale est susceptible de provoquer chez un individu, jusque là bien portant, l'apparition d'accidents hystériques, il est tout naturel qu'une affection organique ou dynamique du système nerveux, qu'un état pathologique préexistant, quel qu'il soit, puissent produire des effets analogues; en fait, les associations de l'hystérie avec d'autres maladies sont chose des plus communes.

Ces associations peuvent être méconnues, soit que les phénomènes hystériques occupent le premier plan du tableau symptomatique et masquent ainsi l'affection concomitante, soit que celle-ci, tout au contraire, absorbe complètement au détriment de l'hystérie l'attention de l'observateur, ce qui a lieu surtout quand il s'agit simplement de manifestations de la petite hystérie. Or, en négligeant ainsi l'un ou l'autre des deux facteurs en présence, on s'expose à commettre des fautes de thérapeutique et de graves erreurs d'interprétation. C'est, en partie, pour n'avoir pas su reconnaître dans des cas d'association hystéro-organique l'élément hystérique que quelques médecins sont arrivés à cette idée que les pratiques psychothérapeutiques peuvent modifier d'une façon notable, guérir même des affections organiques.

Il est essentiel de démêler dans des cas de ce genre ce qui appartient à chacun des deux facteurs.

En raison de ces difficultés, B. signale quelques faits nouveaux.

Chez un premier malade, l'hystérie était associée à une hémiplegie spasmodique organique : contracture, exagération des réflexes tendineux, trépidation épileptoïde du pied, hémianesthésie sensitivo-sensorielle hystérique, qui disparut rapidement à la suite de l'application d'un aimant.

Dans un second cas, il s'agissait d'une méningo-encéphalite diffuse, avec embarras spécial de la parole, tremblement de la lèvre supérieure, déchéance intellectuelle, troubles pupillaires, paraplégie et astasie hystérique : ce dernier symptôme céda à l'application de courants induits.

Dans un troisième cas, il existait une paralysie faciale consécutive à une fracture du rocher. L'hystérie était caractérisée par des

troubles locomoteurs, une démarche ébrieuse, des vertiges, etc., toutes manifestations qui disparurent sous l'influence de la suggestion.

Un quatrième cas se rapporte, probablement, à une névrite périphérique : douleurs fulgurantes, signe de Westphal, diplopie, parésie et anesthésie des quatre membres, rétention d'urine d'origine hystérique; les troubles hystériques furent guéris par la suggestion.

La cinquième malade était à la fois neurasthénique et hystérique : sensation de casque, dépression mentale et physique, accès de sommeil, agoraphobie. Chez cette malade encore, la suggestion produisit une notable amélioration.

Dans les autres cas, l'hystérie coexistait une fois avec une cystite purulente, une fois avec une endométrite cervicale, et une autre fois avec une coxalgie tuberculeuse, et enfin, chez un dernier malade, avec une arthrite scapulo-humérale. Les troubles hystériques disparurent à la suite de l'électrisation ou sous l'influence de la suggestion.

J. M.

Sur l'hystérie simulant la gliomatose médullaire, par
G. ROSSOLIMO (*Arch. de Neurologie*, 1893).

Une jeune fille de 20 ans, qui, depuis dix-huit mois, eut six rechutes du même complexe de troubles du système nerveux. Les rechutes se suivirent à intervalles à peu près égaux. La dernière rechute, la plus longue, débuta au mois de septembre 1891 et cessa le 10 mars 1892. La malade, lingère de profession, à antécédents héréditaires prédisposants, présentait à la fin de janvier, lors de son entrée à l'hôpital : les deux mains en griffes (parésie des muscles interosseux), la parésie était particulièrement marquée aux petits doigts et aux doigts annulaires; affaiblissement des muscles extenseurs de l'épaule, — plus marquée à gauche : analgésie complète, thermanesthésie et faible hyposthésie des poignets; diminution du sens musculaire des deux derniers doigts; enfin les traces d'une profonde brûlure au segment inférieur de l'avant-bras, que la malade s'est faite, sans s'en apercevoir, il y avait trois jours. L'état de la maladie s'améliora très vite à l'hôpital, surtout après chaque séance de suggestion hypnotique, qui furent au nombre de trois. R. se base sur les symptômes observés, améliorés à la suite d'une thérapie hypnotique, sur l'apparition régulière des récidives à intervalles complètement clairs et pense expliquer tout le complexe des troubles, simulant la gliomatose médullaire, par l'hystérie; il considère ce cas, comme appartenant au groupe des

troubles hystériques, qui se distingue par l'absence des stigmates bien connus, et dit — *monosymptomatique*. R. conclut de cette observation : la syringomyélie, d'origine hystérique, doit avoir des particularités si distinctes, que l'idée de cette dernière doit être complètement exclue dans les cas publiés de simple gliomâtoze médullaire.

Un cas d'auto-mutilation grave chez une hystérique, par
STRUMPELL (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenh.*, t. II, 4).

Une hystérique s'était fait pendant neuf ans, au moyen d'applications de sonde caustique, des escharres aux joues, aux bras, aux jambes : on les avait jusque-là considérées comme de la gangrène spontanée.

S. pense que de pareilles mutilations ne sont pas dues simplement au désir d'attirer l'attention, mais que, à l'instar des cas de fièvre hystérique, elles impliquent un état psychique particulier et consistent dans une sorte d'impulsion irrésistible. X. F.

De l'origine psychique des symptômes hystériques, par
BREUER et FREUD (*Neurol. Centralbl.*, 1893).

Depuis plusieurs années, les auteurs ont cherché à déterminer chez leurs différents malades, l'événement, le fait occasionnel qui a provoqué la production de l'un ou l'autre symptôme. Leurs recherches leur ont suggéré une théorie excessivement séduisante pour expliquer le mode de production des différents phénomènes hystériques ; elle est inspirée en partie par les travaux de Strümpell, de Mœbius, de Benedikt ; indépendamment de l'intérêt théorique qui s'y attache, elle a eu, appliquée par ses auteurs, des conséquences thérapeutiques très heureuses.

Il n'est pas facile, dans la plupart des cas, de déterminer par l'examen seul du malade l'origine d'un symptôme ; il suffit, disent les auteurs, d'hypnotiser le malade, de réveiller pendant l'hypnose le souvenir du fait original pour en connaître tous ses détails.

Personne ne met en doute que dans l'hystérie traumatique la cause déterminante du symptôme ne soit l'accident ; l'étiologie est tout aussi nette chez la malade qui, dans chacun de ses accès, revoit en hallucination l'événement qui a provoqué chez elle la première attaque. Mais, dans les autres cas, les symptômes variés que l'on considère comme des symptômes spontanés, idiopathiques de l'hystérie, se trouvent en relation tout aussi étroite avec le traumatisme psychique ou physique ; au point de vue pathogénique, il y a la plus

grande analogie entre l'hystérie commune et la névrose traumatique, au point de justifier l'extension de l'expression : hystérie traumatique. Dans toutes deux, dans l'hystérie commune comme dans l'hystérie traumatique, la cause déterminante du symptôme, c'est le traumatisme psychique.

Il n'en faut pas conclure que dans l'hystérie commune, le traumatisme, après avoir produit le symptôme, s'efface et disparaît, laissant après lui le symptôme comme seule preuve de son intervention; au contraire, le traumatisme psychique passé, son souvenir persiste; il agit à la façon d'un corps étranger dont longtemps encore après la pénétration dans l'organisme, l'influence continue à s'exercer. Ce qui le prouve, c'est comment on arrive à faire disparaître successivement et définitivement les symptômes que présente le malade; sous l'hypnose, on réveille le souvenir de la cause déterminante du symptôme et, avec lui, le traumatisme psychique qui a frappé le malade, puis on lui fait décrire l'accident. Si le rappel a été suffisant et surtout si l'émotion est assez intense, le symptôme disparaît.

Delbœuf et Binet avaient déjà soupçonné ce mode d'action de l'hypnotisme; il n'est pas dû à la suggestion; il faut pour réussir que le malade décrive l'événement, l'exprime en paroles, avec l'émotion qui l'accompagne.

La cause déterminante occasionnelle du symptôme agit encore pendant des années, non pas indirectement, par l'enchaînement d'effets successifs, mais directement, comme cause déterminante, occasionnelle, absolument comme le souvenir d'une douleur morale détermine la sécrétion de larmes, longtemps après qu'elle a affecté l'individu. *En un mot, l'hystérique souffre surtout de réminiscences.*

Mais comment expliquer que ces réminiscences, que ces souvenirs persistent aussi vivants, ne s'effacent pas graduellement de la mémoire ?

La perte du souvenir d'un événement, tout au moins le fait de pouvoir s'en rappeler avec indifférence, dépend de plusieurs facteurs, et tout d'abord de la production ou de l'absence de réaction à la suite de l'événement émotif. Par réaction, il faut entendre toute la série des réflexes volontaires et involontaires qui extériorisent les émotions depuis les pleurs jusqu'aux actes de vengeance. Si la réaction est suffisante, qu'elle consiste en pleurs, en colère, en fureur ou même simplement dans le fait de raconter à d'autres l'événement, la douleur morale s'efface en partie. C'est ce que le vulgaire connaît si bien; c'est pourquoi il considère comme maladie le fait de supporter en silence une douleur morale.

Cette réaction n'est pas le seul procédé de soulagement, la seule manière d'éteindre la douleur morale. Chez l'individu normal, même

quand il n'y a pas eu de réaction, le souvenir de l'événement passe dans le grand complexe des associations cérébrales, se range auprès d'autres associations parmi lesquelles certaines sont contraires, et se corrige, s'atténue par leur contact. Le souvenir d'un accident s'accompagne du souvenir du danger; le souvenir de la douleur morale éprouvée, qui se réveille mais s'atténue aussitôt par le souvenir des événements qui se sont écoulés depuis, par le fait de s'en être tiré sain et sauf, par la constatation de la sécurité actuelle. C'est ce conflit d'associations opposées qui rend indifférent le souvenir d'un fait douloureux. Du moins en est-il ainsi chez l'individu normal.

Chez l'hystérique la réaction n'est pas conforme; les traumatismes psychiques n'ont pas subi d'usure suffisante. A ce point de vue, nous classons les cas d'hystérie en deux groupes: dans l'un, la nature même du traumatisme, les conditions sociales empêchent une réaction de se produire, par exemple lorsqu'il voit une personne chère en danger de mort et qu'il s'efforce de ne point le lui montrer; ou bien la personne a cherché à oublier et a refoulé dans son cœur l'émotion qui allait l'êtreindre. Dans le second groupe, nous classons les symptômes qui sont nés lorsque la malade se trouvait dans un état psychique anormal, en autohypnose p. ex., et que l'impossibilité de la réaction résultait de la nature de cet état psychique même.

En résumé, les représentations psychiques devenues pathogènes se conservent avec tant de fraîcheur et ont une action émotive aussi marquée parce qu'elles ne subissent pas d'usure, qu'elles ne s'accompagnent pas de réaction ni de processus normaux d'association.

Pour expliquer comment les traumatismes psychiques entraînent la production de symptômes hystériques, il faut donc admettre que le malade se trouve dans un état de cérébralité anormale, état tel que les représentations pathogènes puissent se produire; il faut admettre que le souvenir du traumatisme causal ne se trouve pas dans la mémoire normale, mais dans la mémoire de l'hypnotisé. Plus nous avons poursuivi nos recherches, disent les auteurs, plus est devenue forte notre conviction que la dissociation de la conscience, si évidente dans les cas de double conscience classique, existe à l'état rudimentaire chez chaque hystérique; cette tendance à la dissociation de la conscience, cette tendance à la production de ces états de conscience anormaux auxquels nous donnons le nom collectif d'états hypnoïdes, est la base de la névrose.

L'hypnose, a-t-on dit, n'est que de l'hystérie artificielle. Nous dirons que l'hystérie a pour condition et pour fondement l'existence d'états hypnoïdes. Ils n'ont pour caractère commun entre eux et avec l'état hypnotique, que les représentations cérébrales qui se produisent pendant qu'ils existent ont une intensité excessive, tout

en n'ayant aucun rapport avec les processus d'association de l'état de conscience normale. Des associations sont possibles entre les divers états hypnoïdes qui se succèdent. Ils existent avant que les symptômes hystériques manifestes éclatent; c'est sur le terrain qu'ils fournissent que ces symptômes se montrent.

Quelle est la cause de ces états hypnoïdes? Nous n'en savons rien.

D'après cette hypothèse, il devient facile de comprendre comment agit la méthode de psychothérapie proposée par les auteurs. Elle suspend l'action du processus cérébral causal dont la réaction n'a pas été suffisante; elle force l'émotion incluse dans la conscience à se faire jour, la fait s'évanouir en paroles ou la place en présence d'associations cérébrales qui la corrigent en l'entraînant dans le jeu de l'état de conscience normal, ou bien elle la détruit par la suggestion.

Les auteurs n'ont pas la prétention de guérir l'hystérie; ils ne font que débarrasser la malade des résidus des états hypnoïdes antérieurs. Leurs recherches, cependant, ont un intérêt pratique incontestable et jettent un jour curieux sur la pathogénie si complexe des symptômes hystériques.

J. D. B.

La valeur de la formule urinaire de l'hystérie, par E. POELS
(*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1893).

L'auteur s'étonne que les arguments de la discussion qui s'est élevée entre MM. Féré et Gilles de la Tourette, aient été dirigés exclusivement contre les résultats des analyses chimiques et que l'on n'ait attaché aucune importance aux procédés opératoires.

Au sujet du procédé utilisé pour séparer les acides terreux des acides alcalins, Depaire a fait à l'auteur les observations suivantes :

« On ne peut séparer des urines acides le phosphate calcique qui y est dissous en y ajoutant de l'ammoniaque, parce que le précipité qui prend naissance est composé de phosphate calcique et de phosphate ammoniaco-magnésique. En moyenne, le précipité renferme deux parties de phosphate ammoniaco-magnésique et une partie de phosphate calcique. Si l'urine examinée renferme un composé soluble de magnésium autre que le phosphate, le précipité formé par l'ammoniaque renferme une plus forte proportion de phosphate ammoniaco-magnésien résultant de l'action du phosphate sodique que l'urine renferme normalement. Dans ce cas, la proportion des phosphates alcalins (solubles), déterminée par l'analyse, sera inférieure à ce qu'elle est réellement. »

Il en ressort que le procédé suivi jusqu'ici est défectueux et que les résultats ne peuvent servir pour établir le bilan exact de la

nutrition dans l'hystérie. Toutefois vu l'importance des conclusions de Gilles de la Tourette opposées à celles de Féré, P. a fait quelques expériences pour apporter des preuves confirmatives des réserves qu'il avait formulées autrefois et à la fois pour faire une étude critique du chapitre consacré aux excréta urinaires dans l'accès d'épilepsie. Il a examiné deux cas d'hystérie et un cas de neurasthénie gastrique, un cas de maladie de Basedow, un mal de Pot et trois cas d'épilepsie.

Il est parvenu aux conclusions suivantes :

1° La formule urinaire de l'attaque de l'hystérie peut se rencontrer non seulement pendant la période normale, mais encore dans d'autres affections n'ayant aucune relation avec l'hystérie;

2° Tous les excréta urinaires ne sont pas toujours augmentés dans l'accès d'épilepsie;

3° En tenant compte des recherches de Féré et des chiffres par lesquels Royer a récemment démontré que la formule urinaire de l'hystérie peut faire défaut pendant la période d'attaque, se basant aussi sur ses recherches personnelles, il se dit en droit d'affirmer que les conclusions formulées par Gilles de la Tourette et Cathelineau, ne peuvent être érigées en lois absolues.

J. M.

De la maladie des tics, par le D^r CHABBERT (*Arch. de Neur.*, 1893).

Le D^r Chabbert publie dans les *Archives de Neurologie*, quatre cas de maladie des tics dont il déduit le tableau clinique que voici :

La maladie des tics convulsifs telle qu'elle a été décrite par MM. Charcot, Gilles de la Tourette et G. Guinon, peut être définie : une affection héréditaire, produit de la vésanie, très tenace, survenant dans le jeune âge à la suite d'un traumatisme ou d'une vive émotion caractérisée par des mouvements involontaires avec des troubles divers du système nerveux.

Les mouvements involontaires sont ou généralisés, ou tout à fait localisés.

Les cas de tics localisés se réclament également du traumatisme, de l'hérédité et donnent lieu à la coprolalie, aux tics de la pensée ; l'hérédité joue le principal rôle : elle peut être directe et similaire, ou bien collatérale et de transformation. Aux causes incriminées, désignées du terme générique de vésanies, doivent s'ajouter l'alcoolisme et vraisemblablement, les lésions en foyer du cerveau. Lorsque la maladie des tics coexiste avec l'hystérie, il est possible, en dehors du traumatisme, de retrouver chez les ascendants les facteurs propres à ces deux névroses.

Les caractères distinctifs de la maladie des tics sont tirés du début de l'affection, de son évolution, des qualités du mouvement et des troubles nerveux. Elle se manifeste dans le jeune âge : quatre ans, six ans, neuf ans; parfois elle se développe après la puberté, dix-huit ans. Son évolution est indéterminée; dans un des cas, elle dure depuis trente-cinq ans, dans un autre, depuis quarante ans, dans un troisième, depuis six ans; enfin dans le quatrième, elle remonte seulement à quelques mois.

Les qualités du mouvement sont : la rapidité, la systématisation, la coordination, l'arythmie. Parfois, la rapidité fait défaut, mais même dans ces cas, les tracés obtenus offrent des analogies avec les mouvements qui simulent une décharge électrique.

L'écholalie, c'est-à-dire la répétition automatique des mots ou de bruits, l'échocinésie, c'est-à-dire la répétition automatique de signes, la coprolalie, c'est-à-dire l'émission involontaire de paroles ordurières, peuvent se trouver réunies chez le même individu. Le plus souvent, ces phénomènes s'observent isolés ou diversement associés. L'écholalie porte sur des mots formés de plusieurs syllabes qui sont nettement articulés; elle peut être auditive et visuelle; visuelle, la répétition a lieu à voix basse. L'échocinésie consistant dans la reproduction des mouvements habituels au malade paraît intimement liée à l'émission de mots orduriers, lorsque ce trouble existe.

La coprolalie peut se manifester sous deux formes distinctes : à haute voix ou à voix basse; à haute voix, les paroles grossières accompagnent les secousses musculaires; à voix basse, elles sont émises en dehors d'elles. Ces deux formes peuvent se rencontrer chez le même malade. Parfois, l'explosion des mots coprolaliques peut être retardée par un effort de la volonté.

Les troubles psychiques dans les trois cas où ils ont été observés, se sont traduits par des idées de doute, des manies, des obsessions ou des idées de suffisance, d'infaillibilité.

X. F.

La folie épileptique, par WILDERMUTH.

L'auteur fait remarquer que chez les épileptiques en dehors des troubles psychiques périodiques caractérisés par la perte de la conscience, il en existe d'autres qui ne présentent pas ce caractère. Dans les cas les plus légers il s'agit de modifications du caractère dans le sens de la dépression ou de l'exaltation. Dans les cas les plus graves il s'agit de véritables accès de manie ou de mélancolie.

L'auteur distingue à ce point de vue quatre formes :

1° La modification psychique s'étend à toute la période d'un

groupe d'accès sans que l'on puisse distinguer un stade pré- ou post-épileptique. Pendant toute cette période, le malade est morose, concentré en lui-même, nerveux, plus rarement colérique, irritable, quelquefois il manifeste même des traces de délire des persécutions. Après la disparition des accès cet état se dissipe insensiblement. Si les accès disparaissent pendant une période très longue, il se peut que cet état pathologique se développe à un haut degré et alors la réapparition des accès convulsifs exerce l'influence la plus heureuse sur les manifestations psychiques.

2° Avant l'accès, états de profonde dépression, découragement, mécontentement, etc., toujours semblables chez le même individu; après l'accès, euphorie, exaltation expansive, sentiment de félicité, reconnaissance débordante. Quelquefois l'ordre des manifestations est interverti.

3° Le plus souvent, après l'accès, irritabilité extrême, tendances agressives, plaintes, reproches (mania querulans). Cet état d'excitation s'apaise peu à peu. Cette forme de manifestations présente un grand intérêt au point de vue médico-légal.

4° Ces états de surexcitation ou de dépression avec conservation de la conscience peuvent remplacer les accès. C'est ainsi que chez les enfants on constate parfois des accès périodiques de tristesse ou de violence qui durent de quelques heures à 1 ou 2 jours. Après un certain temps ces manifestations sont remplacées par les attaques convulsives classiques de l'épilepsie. C'est ainsi encore qu'on voit chez certains individus les accès convulsifs faire place aux manifestations décrites plus haut avec obsession du vol, etc.

Ces modifications si remarquables au point de vue de la justice pénale s'observent presque exclusivement chez les épileptiques typiques. Dans l'épilepsie Jacksonienne elles sont plus rares.

Dans les épilepsies qui se trouvent sous la dépendance de la *Polio-encéphalite infantile*, elles s'accompagnent toujours de faiblesse intellectuelle, perte du sens moral.

Il est évident que ces manifestations psychopathiques décrites par l'auteur méritent d'attirer l'attention des médecins légistes tout autant que ces états pathologiques mieux connus qui s'accompagnent de la perte de la conscience.

D.

Tentative de meurtre accomplie par un épileptique. Condamnation, par PRIOLEAU (*Annales d'Hygiène*, 1892).

R..., 43 ans. Depuis l'âge de 15 ans est sujet à des accès d'épilepsie (absences, vertiges, accès complets). Ces accès ne surviennent qu'à des intervalles de plusieurs mois. Ils sont fréquemment suivis d'une

période d'égarement qui dure de quelques minutes à plusieurs heures et pendant laquelle sa mémoire est perdue.

Vices de conformation du crâne, déficiences morales et intellectuelles; il est méchant irritable, vindicatif, lubrique.

Le 25 juillet au soir il voulut faire violence à une femme, mais fut vigoureusement repoussé. Il en conçut une violente colère et ne respirait que vengeance. L'ayant rencontrée le lendemain, il lui reprocha de l'avoir égratigné dans la figure, lui porta des coups graves, puis s'enfuit et chercha à se noyer dans une mare, mais bientôt il en sortit et se laissa arrêter. Il conserva la mémoire détaillée de tout ce qui s'est passé.

Le fait n'était pas sous la dépendance d'un accès épileptique; c'était un acte conscient, une vengeance préméditée. On admit l'existence de *circonstances atténuantes* en raison de cette circonstance que R... était atteint d'épilepsie, maladif, irritable et jusqu'à un certain point incapable de se maîtriser. D.

Les folies du caractère et leurs rapports avec les asiles spéciaux,
par le Dr CHARPENTIER (*Ann. méd. psych.* 1892).

Dans les folies liées aux vices de caractère, on trouve :

L'association fréquente chez un même sujet des trois formes de folie, avec prépondérance de l'une d'elles.

La subordination volontaire des facultés intellectuelles aux émotions de nature agréable pour eux, résultant de leurs sentiments ou penchants mauvais.

Le discernement dans leurs actes.

Le développement fréquent, l'entretien des facultés intellectuelles sous l'influence de leurs sentiments, de leurs penchants et de leurs vices de caractère.

L'indifférence et l'affaïssement de ces mêmes facultés en l'absence des mêmes existants.

La disparition graduelle des bons sentiments qui pouvaient encore leur rester.

L'apparition graduelle de nouveaux vices de caractère et de nouveaux penchants mauvais.

La lente évolution de ces vices de caractère depuis l'enfance; leur caractère ne change pas, il ne fait que s'accroître dans son expression vicieuse.

Leur conduite dans l'asile, qui les distingue nettement des autres fous. Leur conduite à l'état libre dans la société, ce qui les distingue des gens sains d'esprit.

La rareté de leur mort et de leur séjour très prolongé dans les asiles, la rareté de la démence, à moins de cause pathologique particulière; ils finissent toujours par sortir.

Leur rôle capital dans les accusations de séquestration arbitraire.

Leur absence de délire contrastant avec leurs propos déraisonnables.

Tels sont les signes nombreux qui ont autorisé Ch. à réunir ces trois groupes en un seul plus synthétique. Ces signes vont lui permettre d'apprécier les rapports de ces sujets avec les asiles spéciaux, ce qui sera l'objet de sa prochaine communication

J. M.

Des modifications dans l'état mental de certains aliénés atteints de choléra, par CAMUSET (Ann. méd. psych., 1892).

Les maladies somatiques graves intercurrentes, surtout les maladies fébriles, produisent une amélioration plus ou moins marquée de certaines affections mentales.

D'après C., sur soixante malades pendant une épidémie cholérique qui a sévi récemment à l'asile de Bonneval ont montré que le choléra agit sur les affections mentales dans le même sens que les autres maladies graves intercurrentes, mais d'une façon encore plus intense.

Ses observations se rapportent à cinq groupes d'affections mentales (états maniaques, lypémanie, délires partiels, paralysie générale et idiotie ou débilité mentale).

Chez les malades de C., l'attaque cholérique a supprimé temporairement tous les états maniaques, quelles que fussent leur origine et leur ancienneté; mais après la guérison ces états se sont rétablis progressivement.

Les états mélancoliques ont aussi été améliorés parfois, mais non pas toujours, par l'attaque cholérique.

Le choléra a fait disparaître les délires vagues, non systématisés, des manies et des mélancolies, mais il n'a exercé aucune influence sur les délires systématisés. Quand ces délires étaient accompagnés d'excitation maniaque, celle-ci disparaissait complètement; quand ils étaient associés à un état mélancolique, ce dernier s'amendait plus ou moins; mais le délire systématisé persistait et ne se laissait nullement modifier sous l'influence de l'attaque cholérique.

Un seul paralytique général, arrivé à une période avancée de son affection, fut atteint de choléra; il ne se produisit aucune modification dans son état psychique.

Chez un imbécile qui avait des mouvements choréiformes, les

troubles de la motilité disparurent pendant la période algide du choléra pour réapparaître dès que cette période eut cessé.

Enfin, la plupart des malades de C., délirants ou non-délirants, à l'exception des idiots et des déments avancés, avaient conscience de la gravité de leur état, et presque toujours ils envisageaient la probabilité de la mort avec la plus complète résignation.

—
Psychose postcholérique, par WASSILJEW (*Neurol. Centralbl.*, 1892).

On ne connaît que peu de cas de psychose consécutive au choléra; il semble que cette maladie infectieuse, contrairement à l'influenza, par exemple, ne laisse que rarement après elle des troubles psychiques; c'est ce qui fait l'intérêt de la communication suivante :

Le malade, âgé de 36 ans, présentait le 4 juillet tous les symptômes du choléra, sans aucune espèce de troubles psychiques. Trois jours après, les vomissements et la diarrhée avaient cessé; le 9, apparurent les premiers symptômes de troubles cérébraux; ils augmentèrent les jours suivants, et le malade fut colloqué le 11 juillet.

L'état général laissait nécessairement beaucoup à désirer; le malade était d'une faiblesse excessive; l'examen des organes thoraciques ne fit rien constater de particulier : le poulx est plein, mais ne bat que 56 pulsations à la minute. Sans entrer dans trop de détails, signalons un écoulement purulent par l'oreille droite, avec altération du tympan. Les pupilles sont égales. Les réflexes tendineux et sensibles manquent absolument, sauf le réflexe crémastérien. Le malade a des accès d'agitation; il veut s'en aller, prétend qu'on l'appelle; mais il se fatigue rapidement, s'assied et s'endort. Il n'a pas perdu la notion de sa personnalité, mais ne se rend aucun compte de l'endroit où il se trouve, ni des circonstances de temps; en somme, tous les symptômes d'un affaiblissement intellectuel avec hallucinations de l'ouïe. Ces symptômes s'amendèrent progressivement et le malade, guéri, quitta l'hôpital le 20 juillet.

Signalons tout spécialement la disparition des réflexes et leur réapparition progressive à mesure que la guérison s'accroissait.

Il résulte des recherches de l'auteur et de celles de Josias que, contrairement à ce qui a été observé ici, les réflexes ne sont jamais qu'exagérés dans le choléra. Leur disparition doit être considérée comme un effet de la même cause qui a déterminé la production de la psychose : l'intoxication par les toxines du choléra.

Dans la discussion qui suivit la lecture de ce travail à la Société de Neuropathologie de Kasan, cinq autres cas de même origine furent signalés; ils présentaient des symptômes analogues et très ressemblants à celui de W.

J. D. B.

Folie circulaire ou folie à double forme, par MARANDON DE MONTYEL (*Ann. d'Hyg. de méd. lég.*, 1892).

M. termine son intéressant travail par les conclusions suivantes :

1° Bien que la folie circulaire ou folie à double forme soit une dégénérescence mentale avec profonde perversion morale, la criminalité y est rare; l'érotisme et la méchanceté dans cette variété vésanique ne vont pas jusqu'au crime et les vols très nombreux qu'on y constate se rapprochent plutôt de ceux du paralytique que du criminel.

2° Dans la folie circulaire ou folie à double forme, l'homicide surtout, est d'une extrême rareté, car en dehors du cas rapporté par M. la science ne paraît posséder que celui de Renaudin reproduit dans l'ouvrage de M. Ritti. En outre, à en juger par ces deux observations, l'homicide des circulaires s'accomplirait dans des conditions d'inconscience et d'imprévoyance qui le rapprocheraient, tout comme les vols de ces malades, des actes commis par le paralytiques.

RENÉ SEMELAIGNE.

Mutilation par mouvements automatiques chez les paralytiques généraux, par le Dr VALLON (*Soc. de méd. lég.*, 1892).

Les paralytiques atteints d'agitation silencieuse se font quelquefois des mutilations particulièrement intéressantes. Ces malheureux parvenus à la dernière période de la maladie, n'ayant plus la force de se tenir debout, étendus sur leurs lits, calmes et tranquilles en apparence, exécutent sous leurs couvertures des mouvements automatiques peu étendus et par suite inaperçus, mais qui par leur répétition peuvent produire des blessures le plus souvent légères, mais parfois aussi profondes et graves.

Un soir, l'interne de garde de Villejuif est prévenu que le nommé B. avait la lèvre inférieure prise entre les arcades dentaires. A l'aide du manche d'une cuillère il écarte les mâchoires et dégage la lèvre; celle-ci était très tuméfiée, violacée, noirâtre par places, présentait en un mot les caractères d'un tissu dans lequel la circulation a été arrêtée, d'un tissu gangréné.

Que s'était-il passé? Le malade qui, depuis quelques jours exécutait des mouvements continuels de succion, était arrivé par une succion plus prononcée à faire passer sa lèvre inférieure entre les arcades dentaires, et en continuant les mêmes mouvements à produire dans la partie un afflux de sang considérable et par suite une tuméfaction profonde prononcée.

L'introduction de la lèvre entre les arcades dentaires avait du

reste été favorisée par un léger degré de prognathisme supérieur; la mâchoire supérieure laissait un petit espace libre entre la face postérieure de l'arcade dentaire supérieure et la face antérieure de l'arcade dentaire inférieure. La succion continuant et par suite la tuméfaction augmentant, la lèvre inférieure s'est bientôt trouvée comprimée entre les parties dures environnantes, la circulation a fini par être arrêtée, et la gangrène s'est produite. En peu de temps, il s'établit autour de la partie gangrénée un sillon d'élimination, et huit jours après, la plus grande partie de la lèvre inférieure se détachait d'une pièce. En trois semaines, la cicatrisation était complète, il ne restait pour ainsi dire pas trace de l'accident.

M. Vallon appelle l'attention sur l'importance de cette observation au point de vue médico-légal; aujourd'hui que les asiles sont tenus en suspicion, que l'on s' imagine que la brutalité est la règle de conduite du personnel, il est bon de savoir que les auto-mutilations ne sont pas rares, même chez les paralytiques couchés et paraissant tout à fait impotents. De plus on doit surveiller les paralytiques couchés; même réduits en apparence au dernier degré de faiblesse, ils peuvent encore trouver la force de se blesser plus ou moins grièvement.

RENÉ SEMELAIGNE.

Malformations de la peau chez les dégénérés, par CH. FÉRÉ
(Soc. de Biologie, 1893).

Les difformités congénitales de la peau (naevi, taches pigmentaires, etc.) sont extrêmement fréquentes chez les dégénérés et les épileptiques. Chez les malades du service de l'auteur, elles existaient dans une proportion de 82.63 %, c'est-à-dire une fois plus considérable environ que celle trouvée par M. Hallopeau (48 %) chez des sujets normaux. Il est à remarquer que ces malformations sont tout à fait exceptionnelles sur la jambe.

Étude médico-légale sur la révélation punissable. L'article 378 du Code pénal, par le D^r METZQUER (*Gaz. des Hôpit.*, 1893).

L'article 378 du Code pénal est ainsi conçu :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens et les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de 100 à 500 francs. »

Le Dr Metzquer fait remarquer que le texte de la loi est obscur, ambigu. Il limite mal vos devoirs, vous expose à des poursuites imprévues, et rendrait, s'il était rigoureusement appliqué, l'exercice de votre art très difficile. Son application rigoureuse serait souvent plus préjudiciable qu'utile aux malades eux-mêmes. Jamais le législateur n'a eu la pensée d'édicter, en votre faveur, une dispense ou un privilège. Mais il a pris, contre les médecins, spécialement désignés, des précautions en frappant par une prohibition sévère des indiscretions qu'il n'a pas même défrayées. Le secret qui vous est imposé par le Code pénal, ne peut être qu'un secret relatif. En effet, le silence absolu est impraticable et n'est pas pratiqué. En théorie, on ne peut le justifier dans toute son étendue; en fait, les parquets n'ont jamais poursuivi que les révélations dommageables, portant un réel préjudice à la personne, soit dans son honneur, soit dans ses biens. Plusieurs conditions doivent concourir pour la constitution de l'acte délictueux. Il doit y avoir secret, reçu par le médecin dans ou à l'occasion de l'exercice de sa profession, comme médecin et non comme expert. La divulgation doit avoir été faite par le confident, avec conscience du préjudice causé, et l'acte doit être préjudiciable au déposant du secret, soit matériellement, soit moralement. La conscience du préjudice suffit à caractériser l'intention coupable. Enfin, le déposant peut relever le dépositaire de de l'obligation du secret.

RENÉ SEMELAIGNE.

Acte de donation authentique par une aphasique. Demande en nullité, par BÖHM (Friedreichs' Blätter, 1892).

Veuve H... Apoplexie en 1889. Hémiplegie et aphasie. Un mois après son attaque, elle fait par devant notaire un acte de donation en faveur de la nièce qui la soigne. Elle énonce très clairement sa volonté, se montre très capable de lire et d'écrire et démontre la conservation de ses facultés intellectuelles en écrivant sur une ardoise les motifs de sa donation et les conditions qu'elle y attache.

Après la mort survenue douze jours plus tard, l'acte de donation est attaqué par les héritiers sous prétexte d'incapacité de tester.

Dans le cours du procès, le médecin traitant déclare que la veuve H... souffrait depuis plusieurs années d'hypertrophie cardiaque, qu'elle s'adonnait dans une certaine mesure à la boisson, qu'elle a eu à diverses reprises des attaques apoplectiformes et présentait depuis un certain temps des troubles de la mémoire et parfois de l'intelligence.

Le notaire déclare qu'il ne peut avoir eu la moindre doute au sujet de la capacité de tester de la défunte, qu'elle comprenait toutes ses

questions et qu'elle écrivait ses réponses de la manière la plus claire.

Une quantité de témoins viennent déclarer que déjà longtemps avant sa dernière attaque, la veuve donnait des signes d'affaiblissement intellectuel et qu'elle ne pouvait plus continuer convenablement son commerce.

Une garde-malade et une servante déposent que jusqu'au second jour avant sa mort, la veuve leur a fait connaître par écrit ses désirs et ses observations d'une manière tout à fait précise.

L'expertise médicale constate un affaiblissement de l'intelligence à la suite d'accès répétés d'apoplexie, mais pas au point que la malade ne sût pas ce qu'elle faisait. Celle-ci était lors de la confection de l'acte en état d'agir en connaissance de cause.

La Cour repoussa la demande des héritiers qui attaquaient l'acte de donation.

D.

Morphinisme et législation, par LEWIN (*Berl. klin. Wochensch.*, 1892).

Après un exposé historique intéressant de l'usage et de l'abus des substances destinées à provoquer des jouissances artificielles, l'auteur constate l'inefficacité des prescriptions législatives édictées pour les combattre et l'inutilité des mesures prohibitives.

La société essaie par des lois spéciales de combattre l'abus des boissons spiritueuses. On s'efforce de restreindre l'ivrognerie et de rendre inoffensif l'ivrogne incorrigible. On distingue l'ivresse de l'ivrognerie, mais l'ivresse elle-même est punie dans certains cas spéciaux. Il serait plus important de limiter la vente de l'alcool et d'opposer une digue à l'abus en multipliant les difficultés qu'éprouverait l'ivrogne à se procurer l'occasion de se livrer à ses excès.

Ce qui est vrai pour l'alcool l'est aussi pour la morphine, la cocaïne, le chloral, l'éther, etc.

Le morphinisme devrait être l'objet de mesures législatives comme l'alcoolisme. L'auteur démontre qu'un morphinomane est incapable d'occuper une position officielle, que tout autant que l'ivrogne il peut devenir un véritable danger pour la société. L'auteur réclame une réglementation et une surveillance sévères de la vente de la morphine et autres narcotiques.

D.

De la substitution par un os décalcifié des défauts crâniens après trépanation, par DARKCHEWITCH et WEIDENHAMMER (*Arch. de Neurologie*, 1893).

Les auteurs se sont livrés à de minutieuses études sur la substitution des défauts osseux par un os décalcifié, que proposa un

Américain M. le Dr Ihenn, tout en se bornant aux défauts du crâne, si importants pour les neurologistes. Ils expérimentèrent sur des lapins. La première question que les auteurs abordèrent est la suivante : le défaut cranien pratiqué artificiellement, peut-il réellement se remplir par un os de nouvelle formation, après avoir été substitué par un os décalcifié ? Une série d'expériences y répond affirmativement. L'examen microscopique démontre que le procès de néoformation de l'os consiste principalement dans l'accroissement et le gonflement de l'os mère, jusqu'à adhésion complète avec l'os substitué et dans le développement, dans les espaces restés libres, de tissu connectif, riche en éléments cellulaires. Ce tissu, à caractère ostéogène sans contredit, renvoie des prolongements aux anciens canaux et espaces médullaires de l'os décalcifié. A une période un peu plus avancée, on découvre des îlots d'os normal dans la soudure fibreuse, le nombre des ostéoblastes augmente autour des canaux et des espaces du morceau décalcifié, qui vient enfin à être substitué par un os normal. Ce que devient l'os décalcifié ? Pour résoudre cette seconde question, les auteurs viennent en somme à la conclusion suivante : l'os intercalé sert d'intermédiaire à la formation du nouvel os pour être résorbé ensuite. Les observations ultérieures montrent que la classe zoologique de l'animal, auquel on enlève l'os pour substituer un défaut, n'a pas grande influence sur le succès de l'opération, quoiqu'il soit certainement préférable de prendre un os à structure possiblement proche à celle de l'animal livré à l'expérience. Enfin, il s'ensuit, des expériences des auteurs, que l'absence du périoste au-dessus de l'os intercalé, mais avec la dure-mère intégrée et *vice versa*, n'influence pas le cours de l'expérience.

—

Extirpation d'une tumeur endocrânienne. Guérison. par le
Dr SCIAMANNA (*Ann. de Psychiatrie*, 1893).

Il s'agit d'un cas de monoplégie brachiale droite chez une dame de 54 ans. L'affection s'était développée graduellement, se localisant sur certains groupes musculaires. Pendant plusieurs années, douleurs vagues dans le membre supérieur droit, puis affaiblissement musculaire transitoire. Enfin fréquentes attaques d'épilepsie jacksonienne, suivies de parésie permanente du facial inférieur et de l'hypoglosse, céphalée, paraphasie, affaiblissement intellectuel, etc.

On formule le diagnostic de tumeur endocrânienne de petit volume comprimant l'écorce cérébrale à la partie médiane du sillon de Rolando, principalement au niveau de la frontale ascendante.

La malade est opérée le 23 février 1891 par le prof. Postemtkhi. Immédiatement après l'opération, hémiplégie et aphasie. Amélior-

ration rapide. Au mois de mai, lors de sa sortie de l'hôpital, la malade ne présente plus ni épilepsie, ni paralysie d'aucune sorte ; elle s'exprime facilement, et il ne lui reste plus qu'une légère difficulté dans les mouvements du membre supérieur, et principalement de la main.

La tumeur extirpée était endothéliale.

R. S.

Sur la valeur du traitement électrique des paralysies par compression du membre supérieur, par M. DELPRAT (Nederl. Tijdsch. v. Geneesk., 1893).

Möbius enseigne que l'on n'a pas encore prouvé que le traitement électrique accélérât la guérison des paralysies organiques, et que, dans les cas où l'on voit survenir une modification favorable des phénomènes sensitifs ou moteurs, cette amélioration est due aux effets de la suggestion et non au traitement électrique. Mais Möbius n'a pas démontré expérimentalement la valeur de son assertion.

Delprat a cherché à établir cette preuve expérimentale dans certains cas de paralysie du membre supérieur survenant à la suite de la compression par la tête, pendant le sommeil, des gros troncs nerveux du bras.

Après avoir mesuré chez trois malades, à l'aide du dynamomètre, la force musculaire de la main saine et celle de la main du côté paralysé, en ayant soin de se servir du même instrument et de le placer de la même manière dans les deux mains, il soumit le premier malade à l'action du courant faradique, le second à celle du courant galvanique ; chez le troisième, l'appareil fut disposé de telle façon que le courant se trouvât interrompu en un point de son circuit, et que, les électrodes une fois appliquées, il ne pût conséquemment se produire chez le malade aucun effet électrique ; dans ce dernier cas, la suggestion seule pouvait donc entrer en jeu.

La méthode d'électrisation employée fut celle d'Erb, avec cette légère modification que, dans la galvanisation, on renonça à agir sur la partie du nerf qui avait été directement exposée à la compression, en raison de la difficulté qu'on éprouve habituellement pour déterminer exactement le point lésé.

Plusieurs malades furent ainsi examinés, et l'auteur put enregistrer nombre de chiffres et de tracés graphiques représentant la mensuration de la force musculaire du membre sain et du membre paralysé dans chaque cas observé.

Il résulte de ses expériences que les diverses méthodes d'électrisation diffèrent très peu au point de vue de leurs effets thé-

rapentiques, ceux de la faradisation et de la galvanisation n'étant pas plus favorables que ceux du courant artificiellement interrompu. Il en découle, en outre, que l'opinion de Möbius se trouve vérifiée, puisque, dans les cas suivis d'une légère amélioration des symptômes, celle-ci ne pouvait être due qu'à la suggestion et non à l'action du courant électrique, qu'on avait interrompu, ou mieux supprimé à dessein.

J. M.

Traitement de l'ataxie, par le Dr MARIE (*Progr. médic.*, 1893).

L'ergot de seigle est un des rares médicaments utiles; il combat efficacement les troubles urinaires et quelques autres symptômes. On le donne à doses modérées et fractionnées soit, p. ex., deux ou trois prises de 0,30 de poudre d'ergot pour chacun des trois premiers jours de chaque semaine, et cela pendant un mois ou six semaines.

Le traitement spécifique ne semble pas améliorer le tabes, et il peut être nuisible chez les individus cachectiques. Cependant, on peut le prescrire quand les malades semblent de force à le supporter, en le dirigeant, non contre les manifestations du tabes, mais contre les autres lésions de nature syphilitique, qui sont parfois des complications si graves de la maladie médullaire : artérite chronique suivie de l'hémorragie cérébrale, paralysie générale, fille de la syphilis encéphalo-méningée. Peut-être le traitement ralentit-il la marche de la maladie qui reste stationnaire? On emploiera le mercure en frictions, de l'iodure de potassium à la dose de 2 ou 3 grm.

La médication externe est plus active dans le tabes que la médication interne. Charcot préconise les pointes de feu nombreuses, superficielles et appliquées environ toutes les semaines le long des gouttières vertébrales. La suspension agit réellement contre certains symptômes : douleurs fulgurantes, incoordination, troubles génito-urinaires. Elle est contre-indiquée chez les tabétiques qui présentent des affections cardio-vasculaires, de l'athérome, de l'emphysème, une tuberculose pulmonaire avancée de l'obésité ou même simplement des dents en trop mauvais état.

Rumpf recommande la faradisation cutanée; la galvanisation du rachis, avec ou sans galvanisation des nerfs périphériques, est très usitée.

En fait on ne peut guère, dans les tabes, agir que sur certains symptômes. Marie procède de la façon suivante :

À l'incoordination et aux troubles génitaux, on opposera surtout la suspension. Contre les troubles urinaires on donnera le seigle ergoté.

Les douleurs fulgurantes seront combattues par tous les antial-

giques : antipyrine, acétanilide, exalgine, etc., par les narcotiques et par les opiacés. Il faut résister autant que possible aux sollicitations des malades qui demandent de la morphine et il ne faut y recourir que lorsque les douleurs sont épouvantables ou que les phénomènes douloureux ne se montrent que par accès, par crises, c'est-à-dire principalement dans les douleurs viscérales. Contre ces dernières, on emploiera aussi la glace, les différents révulsifs, l'application *loco dolenti* des pointes de feu ou d'un vésicatoire.

Si l'état de santé le permet, on se servira du traitement anti-syphilitique : on prescrira les frictions mercurielles pendant trois semaines et on administrera l'iode pendant un long temps. A la première menace d'accidents, il faut suspendre immédiatement.

M. est contraire à la pratique de Weir-Mitchell, qui conseille de laisser les malades au lit ou au moins au repos complet.

Des injections sous-cutanées de phosphate de soude dans le traitement des maladies nerveuses, par le Dr X. FRANÇOTTE (*Ann. de la Soc. Méd. Chir. de Liège*, 1893).

Le Dr Crocq fils conclut que les injections au phosphate de soude exercent une action névrosthénique puissante ; il dit qu'elles l'emportent par leur simplicité sur les méthodes de Brown Sequard et de C. Paul.

F. a employé d'abord la solution indiquée par M. Crocq ; plus tard, il a doublé la dose de phosphate et ne s'est plus servi que de la solution à 4 %. Suivant le cas, il faisait une injection tous les jours, ou seulement trois fois par semaine : il injectait une, deux, trois seringues de Pravaz ; dans un cas il est arrivé graduellement à en pousser dix, coup sur coup. Les injections sont peu ou point douloureuses ; bien que F. n'ait pris que de simples mesures de propreté, elles n'ont produit aucun accident local. Il n'a pas observé de phénomène immédiatement consécutif à l'injection, notamment cette influence dynamogène que produit si nettement une injection de 1 à 2 centigrammes de cocaïne ; après comme avant l'injection, le malade donnait à peu près le même chiffre au dynamomètre.

Le traitement a été continué pendant une période de quinze jours à deux, trois mois. F. repartit les résultats obtenus comme suit :

Première catégorie. Résultats nuls. — Cette catégorie comprend un cas de paralysie générale, un d'ataxie, un d'épilepsie, un d'alcoolisme et neurasthénie.

Deuxième catégorie. Résultats positifs. — A cette catégorie appartiennent cinq cas (mélancolie, déséquilibre mental à symptômes

neurasthéniques, débilité mentale, neurasthénie, neurasthénie avec obsessions et maladie chronique de la moelle).

Troisième catégorie. Résultats douteux. — F. a formulé des réserves et déclare qu'il ne faut pas prendre au pied de la lettre la distinction, qu'il établit entre les résultats douteux.

Si le doute n'est pas tout à fait exclu à l'égard de ceux-là, il s'impose pourtant d'une manière plus nette en ce qui concerne ces derniers, c'est-à-dire qu'il y a des raisons particulièrement sérieuses de contester au traitement par le phosphate le bénéfice des améliorations obtenues.

Dans cette catégorie F. classe deux cas d'alcoolisme, à poussée aiguë, un cas de déséquilibre mental, un cas de neurasthénie, un cas d'épilepsie et un cas de paralysie générale à marche lente.

Conclusions. — Sans pouvoir partager l'enthousiasme de M. Crocq en faveur des injections sous-cutanées de phosphate de soude, F. les croit capables de rendre certains services dans le traitement des maladies nerveuses; elles semblent agir plutôt comme moyen névrossthénique proprement dit. Le résultat le plus net, le plus constant de nos essais est un relèvement de la nutrition, une augmentation de poids, plutôt qu'une modification directe, bien prononcée des troubles nerveux.

J. M.

Une indication dans le traitement de l'atrophie hémifaciale,
par F. DERCUM (*Journ. of nerv. and mental dis.*, 1892).

L'auteur déclare que dans les cas d'atrophie faciale unilatérale, qui sont la conséquence d'une affection du trijumeau, la résection de toutes les branches accessibles de ce nerf constitue le mode de traitement le plus rationnel. Il rappelle à cet effet qu'il ne se montre aucun trouble trophique après la résection dans les cas de névralgies, que les malades s'habituent assez promptement à l'anesthésie consécutive à cette opération.

J. M.

Étude des indications du traitement physique dans le traitement des psychoses et des troubles qui s'y rattachent, par TOMLINSON (*Journ. of nerv. and mental diseases*, 1892).

L'auteur se montre grand partisan dans le traitement des psychonévroses, de l'hystérie et de la neurasthénie de l'application du massage, des mouvements musculaires passifs, des contractions musculaires faradiques, des mouvements musculaires volontaires et systématisés et de légers exercices gymnastiques. Il considère ces moyens thérapeutiques comme un adjuvant très important dans le

traitement général; ils ont pour résultats d'améliorer la nutrition, de régulariser la circulation et l'élimination éventuelle d'états morbides. Il constate que par ces procédés il a réussi à guérir des psychoses chroniques.

J. M.

L'usage thérapeutique du trional et du tétronal, par A. SCHAFER
(Berl. klin. Wochenschr., 1892).

L'auteur expérimente 50 grm. de chacun de ces produits; ils furent distribués en 630 doses. Le trional fut administré à 77, le tétronal à 49 et les deux à la fois à 42 malades. Les deux drogues furent mêlées au lait chaud; malgré leur saveur amère elles furent prises sans répugnance parce qu'on avait eu la précaution de faire avaler ultérieurement une gorgée de vin. Leur saveur amère fut moins prononcée lorsqu'on les donna dans du vin rouge qui a pour propriété de les dissoudre également avec facilité; pour en favoriser l'absorption on servit par après du lait chaud.

Les doses séparées varièrent entre 0,5 et 4,0 grm. La dose maxima en un jour fut de 8 grm. Le plus souvent il suffit d'une dose unique de 1 à 2 grm. administrée le soir, pour obtenir le repos de la nuit. Pour calmer les malades excités la dose fut portée de 1 à 3 grm. en un espace de temps de 3 à 4 heures. Voici les résultats obtenus :

1° Le trional et le tétronal sont deux excellents hypnotiques et procurent à la fois une action calmante. L'action calmante est un peu plus prononcée pour le tétronal. L'action se manifeste déjà au bout de 10 à 20 minutes.

2° Le trional est un hypnotique certain et prompt dans l'insomnie des différentes formes de neurasthénie, des psychoses fonctionnelles et des affections organiques du cerveau. Il ne refuse complètement son action que dans les cas accompagnés d'un abus de l'usage de la morphine ou de la cocaïne ou lorsqu'il prédomine des douleurs de nature somatique.

3° Le tétronal est indiqué comme hypnotique dans les psychoses où le sommeil est troublé par un certain degré d'agitation motrice.

4° Les deux médicaments ne sont pas à recommander comme calmants dans les cas de grande excitation psychique accompagnée de violente agitation motrice.

5° La dose active varie entre 1 et 2 grm. On peut en donner sans inconvénient des doses uniques de 3 et 4 grm. et même 6 à 8 grm. par jour.

6° Il est préférable de le donner le soir immédiatement avant le coucher. On peut l'administrer dans du lait ou dans du vin.

7° On n'a pas constaté jusqu'ici des effets nuisibles sur l'état

général; il peut néanmoins produire un certain dérangement du tractus gastro-intestinal.

8° On a obtenu, mais rarement, quelques effets secondaires caractérisés par une sensation subjective de bien-être chez le malade.

9° Même après l'administration prolongée des médicaments suivie de leur suspension, on ne constata aucun symptôme important. De plus, il ne semble pas se produire de l'accoutumance.

J. M.

Action hypnotique du chloralose, par CH. FÈRÉ (Soc. de Biologie, 1893).

Les doses de chloralose indiquées récemment par Richet pour obtenir le sommeil chez l'homme sont un peu trop faibles. F. a presque toujours dû avoir recours à des doses variant de 0 gr. 75 à 1 gr. 50 centigr. et cela sans aucun inconvénient. Les fonctions digestives, en particulier, sont absolument respectées par ce médicament.

Un des malades de F. en a pris jusqu'à 2 gr. 25 centigr.; à cette dose, le chloralose a déterminé un sommeil un peu stertoreux qui s'est prolongé une grande partie de la journée et s'est accompagné de mictions involontaires, ce qui semble indiquer, comme l'a déjà signalé M. Richet, que l'activité cérébrale est suspendue par cet agent.

J. M.

De l'action sédatif et hypnotique de la duboisine dans les maladies mentales, par le D^r E. BELMONDO (Ann. de Psychiatrie, 1893).

Le sulfate de duboisine, en injection hypodermique, est un excellent sédatif, recommandable, spécialement chez les femmes, dans tous les états d'excitation psychique ou motrice qui accompagnent les diverses formes de maladies mentales. Il est de beaucoup préférable à l'hyoscinamine ou à l'hyoscine, dont il ne présente pas les inconvénients.

De plus, il constitue un excellent hypnotique, supérieur en bien des circonstances au chloral et à ses succédanés, sur lesquels il a l'avantage de n'échouer pour ainsi dire jamais.

La duboisine semble en outre posséder souvent une sorte d'action immédiate et temporaire comme régulatrice de l'intelligence (association des idées et des actes), spécialement dans les états d'excitation qui accompagnent les formes aiguës des maladies mentales.

Dans les manies chroniques, et dans les périodes d'agitation récur-

rente qui se manifestent au cours des démences secondaires, elle a l'avantage de pouvoir être administrée longtemps sans accoutumance trop prompte, et sans aucun inconvénient pour l'état général.

Pour les premières injections, on peut prendre un milligramme comme dose maxima, et monter ensuite peu à peu à 0,0015, 0,0016, dose qu'il serait inutile et dangereux de dépasser; car on obtient alors des troubles stomacaux (inappétence, nausées, vomissements) sans augmentation concomitante de l'action hypnotique et calmante.

R. S.

Sur l'action physiologique du sulfonal, par W. J. SMITH
(*Zeitsch. für physiol. Chemie*, 1892).

L'auteur a démontré, déjà en 1888, que des doses moyennes de sulfonal n'augmentent ni l'élimination de l'azote ni celle des sulfates. Kast et lui-même ont, d'autre part, démontré que le sulfonal ne s'élimine pas comme tel, sauf dans des cas très rares (cas de Neisser, 100 gr.). Même dans les cas d'empoisonnement par ce corps, il fut difficile à Jolles (*Pharm. Post.*, 1891, n° 52) de retirer de l'urine de faibles quantités de sulfonal.

On sait que si l'on fait agir de la soude caustique à chaud sur du sulfonal, celui-ci se dédouble en un corps organique sulfuré et chlorure de sodium. L'auteur a cherché, cette fois, à savoir si ce composé sulfuré s'éliminait tel quel, ou bien si lui-même subissait dans l'organisme une décomposition. Il a cherché, sans succès, dans les recherches parallèles, à extraire de l'urine ce corps qui appartient au groupe sulfoéthylique; aussi son dérivé d'oxydation, l'acide sulfo-acétique, sans plus de succès.

D'autre part, il n'a pu réussir à extraire le corps, même pur, que dans des expériences de contrôle il avait ajouté à l'urine.

Il en conclut qu'il est vraisemblable que le dédoublement du sulfonal dans l'organisme donne naissance à de l'acide sulfo-éthylique.

SLOSSE.

Accidents produits par le sulfonal, par LÉPINE (*Sem. méd.* 1893).

Quelques cas de mort, d'assez nombreux accidents ont attiré sur les dangers du sulfonal l'attention des médecins. Avec des doses modérées, on a observé des accidents sérieux.

Ullmann a publié le cas d'un homme, morphinomane, qui, après l'ingestion de 4 à 5 grammes de sulfonal, eut, pendant 2 à 3 jours, de l'ataxie des extrémités inférieures. Dillingham, après l'administration de 5 à 6 grammes de ce médicament chez une vieille dame, à

constaté pendant 14 jours de la ptosis, de la paralysie faciale, de l'ataxie et de la parésie des sphincters.

L'intoxication chronique, provoquée par l'usage quotidien longtemps continué de petites doses a déjà amené plusieurs morts. Bresslauner a publié 5 cas mortels d'intoxication chronique par le sulfonal donné à dose modérée pendant un temps plus ou moins long.

Premier cas. — Femme de 23 ans, ayant pris pendant 75 jours, 1 gr. à 1 gr. 50 centigr. de sulfonal, en tout 86 gr. vers le soixantième jour : faiblesse, vomissements douleurs de ventre, constipation opiniâtre, urine colorée, pouls rapide ; mort ; pas d'autopsie.

Deuxième cas. — Femme de 62 ans, ayant pris, pendant 282 jours, 1 gr. 50 centigr. de sulfonal. A ce moment faiblesse et impossibilité de se tenir debout. Le sulfonal est néanmoins continué à la dose de 1 gr. ; les jours suivants : diminution de l'urine, petites hémorragies punctiformes de la peau ; mort le trois cent cinquantième jour, la malade ayant pris en tout 446 gr. de sulfonal ; pas d'autopsie.

Troisième cas. — Femme de 27 ans, anémique, ayant pris, pendant 74 jours, de 1 gr. 50 centigr. à 2 gr. de sulfonal ; quelques vomissements ; augmentation de la dose qui est portée à 3 gr. pendant plus de 100 jours. A partir de ce moment, constipation opiniâtre, douleurs de ventre, ténésme vésical, urine rouge et rare ; inégalité des pupilles, pouls faible et fréquent. On supprime le sulfonal pendant 15 jours, amélioration ; puis on le reprend 10 jours, et les symptômes reparaissent ; alors le médicament est supprimé ; néanmoins la mort survint 12 jours plus tard, 202 jours après le début de l'administration du sulfonal, dont la quantité totale a été de 480 gr.

Quatrième cas. — Femme de 38 ans, ayant reçu pendant 200 jours presque chaque soir 1 gr. 50 centigr. à 2 gr. de sulfonal. A ce moment : tuméfaction des jointures, douleurs dans les jambes ; nouvelle administration de sulfonal. Au deux cent vingtième jour, vomissements et constipation ; urine rare et remarquablement foncée. Mort après 290 jours, pendant lesquels elle a reçu de 400 à 500 gr. de sulfonal.

Cinquième cas. — Femme de 51 ans, ayant reçu pendant 98 jours alternativement 1,5 et 2 gr. de sulfonal. Au quatre-vingt-dix-neuvième jour, après avoir absorbé en tout 172 gr. du médicament, vomissements, urine trouble, rouge sombre avec un peu d'abuminiurie, mais cylindres épithéliaux abondants, constipation opiniâtre, faiblesse des extrémités, ptosis ; mort 16 jours après la cessation du sulfonal.

M. Kast rapporte encore 4 autres cas :

Sixième cas (Reinfuss). — Femme de 47 ans, ayant pris 90 gr. de sulfonal en 90 jours : constipation, vomissements, douleurs de ventre,

faiblesse générale; crampes, urine rare couleur grenat; mort 13 jours après la cessation du médicament.

Septième cas (Geill). — Femme de 53 ans, ayant pris 1 gr. de sulfonal pendant 100 jours : douleurs d'estomac, vomissements, urine couleur de porto, rare, avec cylindres hyalins; mort 12 jours après la cessation du médicament. L'autopsie montre une ancienne néphrite chronique.

Huitième cas (Jastrowitz et Salkowski). — Femme ayant pris longtemps du sulfonal à dose normale : constipation, faiblesse cardiaque, prostration, paralysie; urine couleur grenat renfermant de l'hématoporphyrine (détectée pour la première fois en pareil cas par Salkowski).

Neuvième cas (Kober). — Femme de 52 ans, ayant pris longtemps de 0 gr. 50 à 1 gr. 50 centigr. de sulfonal : vomissements, constipation; urine colorée devenue albumineuse et renfermant des cylindres épithéliaux et du pigment rouge; prostration, mort.

Viennent ensuite 3 cas mortels que L. ne relate pas, parce qu'ils manquent de détails; enfin un dernier cas publié par Quinque :

Femme de 50 ans, prenant depuis deux ans chaque jour 1 à 2 gr. de sulfonal; douleurs gastriques; troubles de l'appétit; finalement vomissements, constipation, douleurs de ventre et prostration. L'urine était rouge cerise et renfermait de l'hématoporphyrine.

Dans tous ces cas, le tableau symptomatique est le même : ce qui domine, ce sont les phénomènes gastro-intestinaux, les vomissements et la constipation, parfois des troubles nerveux ataxiques et de l'affaiblissement des réflexes; assez rarement un exanthème; enfin, une diminution de la quantité d'urine qui prend une couleur rouge particulière et renferme de la matière colorante de la bile, de la mucine et de l'albumine, des leucocytes, des globules rouges nombreux et des cylindres épithéliaux, marque d'irritation rénale. Dans un cas, l'urine, analysée par Jolles, était acide, pauvre en chlore et en phosphate, riche en acide urique et en indican; de plus elle renfermait de la tyrosine. Exceptionnellement l'haleine exhale l'odeur d'acétone; la mort arrive généralement par syncope.

Il est digne de remarque que dans tous les cas de mort publiés, il s'agissait de femmes.

L'anatomie pathologique faisant presque complètement défaut. Kast s'est livré à d'assez nombreuses expériences chez les animaux.

Dans une première série, qui a porté sur 3 chiens et 3 lapins, le sulfonal (à la dose de 1 gr. ou un $\frac{1}{2}$ gr. pour le chien) a été administré jusqu'à la mort, qui est arrivée en une vingtaine de jours; l'urine des animaux renfermait des globules rouges, mais pas d'hématoporphyrine. Dans une deuxième série, les animaux ont été

sacrifiés prématurément, et dans une troisième, l'intoxication a été très ménagée, pour imiter ce qui a lieu chez l'homme. Dans tous les cas, les reins ont été examinés et n'ont pas paru présenter de graves lésions : l'épithélium des glomérules et celui des tubes contournés a été trouvé intact. Toutefois, chez les chiens gravement intoxiqués, Kast a observé des hémorragies glomérulaires; de plus, quelques incrustations calcaires dans certains épithéliums.

On sait, depuis le travail de Kast, que le sulfonal se dédouble pour la plus grande partie dans l'organisme, et les travaux de Smith ont montré qu'il donne naissance à de l'acide *éthylsulfonique*. Il était dès lors indiqué de rechercher si cet acide était doué d'une toxicité spéciale. Dans ce but, Kast a ingéré à un chien de 13 kil. 4 gr. de cet acide et le jour suivant 10 gr. L'urine rendue consécutivement était fort acide, mais sans pigment. Ce n'est donc pas cet acide qui peut expliquer la production de l'hématoporphyrine.

Un fait est donc acquis : c'est le danger que court le malade quand l'hématoporphyrine apparaît dans son urine. Dès ce moment, l'obligation de cesser l'administration du sulfonal s'impose.

L. ne mentionne que les accidents particulièrement graves et susceptibles d'entraîner la mort ; mais l'usage longtemps prolongé du sulfonal peut produire d'autres effets : des bourdonnements d'oreilles, de la céphalalgie, des vertiges, de la faiblesse et l'impuissance d'accomplir tout travail physique ou intellectuel. Cet état peut aboutir à la somnolence et à la stupeur, amener de la difficulté de la parole, etc. L. a signalé la ptosis ; il faut y ajouter l'œdème des paupières, et, chez quelques malades, la cyanose. Tels sont quelques-uns des symptômes conduisant au *sulfonalisme*, état d'autant plus analogue au morphinisme que la suppression du médicament amène des vertiges, des troubles moteurs, de la faiblesse, des troubles digestifs, etc. nouvel exemple des difficultés que rencontre le praticien pour déterminer avec certitude si les symptômes qu'il observe sont sous la dépendance du médicament ou de la maladie.

On ne saurait trop répéter : les médicaments ne sont pas des agents inoffensifs et s'ils servent souvent, ils nuisent parfois, surtout quand leur administration est longtemps prolongée. Il y a une pathologie médicamenteuse toxique, qui chaque année se complète à mesure qu'entrent dans la pratique de nouveaux agents dont on use parfois d'une manière un peu inconsidérée. J. M.

Du borate de soude dans la paralysie agitante, par J. SACAZ
(Sem. méd., 1893).

Les essais de S. n'ont pu porter que sur un seul malade.

Un homme de 38 ans, à hérédité rhumatismale très manifeste,

éprouve, il y a sept ans une perte d'argent, qui modifie profondément son caractère; il devient très impressionnable. Deux ans après, il fait une chute sur l'épaule droite, et se fracture l'omoplate; il en résulte une certaine faiblesse et de l'incapacité dans les mouvements de ce membre; le malade est obligé à interrompre son métier. Six mois après surviennent les vrais tremblements de la paralysie agitante. A partir de ce moment, la maladie progresse, malgré les divers moyens employés : pointes de feu à la région lombaire, électricité, saisons à Amélie-les-Bains, suspension, iodure, etc.

Lors de son entrée à l'hôpital, il y eut tremblement dans les quatre membres, surtout pour le côté gauche. La parole est lente, scandée; les mots sont émis après un retard notable, dû probablement au bégaiement qui existait avant la maladie actuelle.

Les réflexes tendineux et musculaires sont exagérés. Si le bras et la jambe droits possèdent un tremblement moins accentué, ils présentent par contre une raideur et une rétraction plus grandes, gênant davantage les mouvements.

Depuis deux ans, l'écriture est impossible et l'homme ne peut plus porter la nourriture à sa bouche; s'il veut marcher, il doit se faire soutenir par une autre personne. La force musculaire des bras paraît très diminuée. Il se plaint encore d'une douleur très vive le long de l'épine dorsale, surtout sous l'influence du temps humide; parfois il s'y ajoute une légère contracture dans les mollets.

La moindre émotion provoque une exagération du tremblement.

Il y a un état d'agacement à peu près continu, accompagné parfois de mal de tête et de perte du sommeil. Les sueurs et les sensations de chaleur ont cessé depuis un mois.

Tel est l'état du malade lorsqu'il lui fut prescrit 1 gramme de borate de soude, divisé en quatre doses à prendre dans la journée.

La dose est portée, après quatre semaines, à 2 gr.

Après huit jours le tremblement a beaucoup diminué, la marche s'effectue plus aisément après dix-sept jours. Il peut porter à la bouche, non sans une grande lenteur, les divers aliments. Son visage est empreint d'une certaine gaieté.

Cette amélioration s'accroît après quatre semaines. Le malade marche sans l'aide d'une autre personne, tout droit et sans bâton.

Le 10 décembre, il parle avec moins de lenteur, avec moins d'hésitation; les tremblements sont diminués.

Le 17 décembre, on supprime le borate de soude; mais après quatre ou cinq jours d'interruption, le malade le demande de nouveau avec instance parce qu'il sent que les tremblements augmentent et qu'il n'éprouve plus cet état de bien-être que le médicament lui avait procuré. Le borate de soude est redonné à la dose de 1 gramme

et augmentée peu à peu. Le 9 janvier, la dose est de 3 grm. par jour.

Jusqu'à présent il n'y a pas eu le moindre accident, soit du côté des gencives, où, comme l'a indiqué M. le professeur Lemoine (de Lille), il survient parfois un petit liséré analogue à celui produit par le plomb, soit du côté de la peau où, d'après Gowers et Féré, il peut se produire des éruptions de psoriasis et d'eczéma, soit du côté de l'intestin, se traduisant par de la diarrhée.

Les avantages que le malade semble en avoir retirés sont sérieux.

C'est d'abord une sensation de bien-être constante, ayant remplacé l'état d'irritation nerveuse qui le rendait triste et empêchait le sommeil; la douleur dans le dos n'existe presque plus; les variations atmosphériques, les températures humides aggravent bien moins maintenant les différents symptômes.

C'est ensuite la diminution considérable du tremblement. A vrai dire, il n'a pas complètement disparu, mais il ne se montre que sous l'influence d'une émotion, d'un acte difficile ou pénible,

Les membres deviennent plus souples, la marche assez facile; le malade se promène seul sans aucun appui et descend les escaliers; il est à même de s'arrêter ou de se retourner dès qu'on le lui dit. Pour provoquer la rétroimpulsion, il faut imprimer une secousse énergique, à cause de la résistance qu'il oppose à se laisser entraîner en arrière; elle était facile auparavant.

L'écriture s'effectue assez facilement; les lettres, sauf quelques fines dentelures, sont bien tracées. L'*habitus* de la paralysie agitante existe encore, mais il a beaucoup diminué; la voussure du dos tend à s'amender.

Le sommeil est devenu meilleur. Les sueurs, les sensations de chaleur n'ont pas reparu. Les fonctions digestives sont bonnes.

Cette amélioration se maintiendra-t-elle?

J. M.

L'acétonurie, la glycosurie et l'albuminurie dans la diarrhée par dégénération du plexus solaire, chez les aliénés, par le Dr CRISTIANI (Ann. de Psychiatrie, 1893).

L'auteur a recherché l'acétone, la glucose, et l'albumine, dans les urines de 12 aliénés atteints de diarrhée par dégénération du plexus solaire; il a également étudié les urines de 15 aliénés, à catarrhe intestinal vulgaire, et de 15 malades non diarrhéiques.

Il n'a constaté la glycosurie et l'albuminurie que chez les 12 malades atteints de diarrhée par dégénération du plexus solaire. Pas de traces d'acétonurie. Chez les malades présentant de la diarrhée par dégénération du plexus solaire, l'auteur a trouvé tantôt de la glucose,

tantôt de l'albumine, tantôt les deux ; mais jamais, ou du moins extrêmement rarement, il n'a pu observer la glycosurie et l'albuminurie chez les aliénés atteints de catarrhe intestinal vulgaire, ou n'offrant aucuns troubles du côté des intestins. Cette circonstance peut, suivant lui, servir au diagnostic de la diarrhée par dégénération du plexus solaire.

R. S.

De la toxicité des urines chez les aliénés, par le D^r BRUGIA.

(*Ann. de Psychiatrie*, 1893).

1° L'urine des mélancoliques est beaucoup plus toxique que l'urine normale; beaucoup moins toxique au contraire est l'urine des malades en proie à l'excitation.

2° L'urine des mélancoliques produit des phénomènes de dépression générale : paralysie des extrémités, arythmie du pouls et de la respiration, myosis, anurie, hypothermie de 3 à 4 degrés; celle des malades agités détermine des spasmes locaux ou diffus, la mydriase, un abaissement de température de 1 degré ou un peu plus. Ces différences se remarquent dans les phases alternantes de la folie circulaire.

3° Les extraits alcooliques produisent les mêmes effets; mais ceux des urines des mélancoliques sont moins dépressifs, parce qu'ils ne renferment plus de sels de potasse.

4° L'anurie est due à des lésions spéciales.

R. S.

Sur l'action toxique et bactéricide du sérum sanguin chez les aliénés, par le D^r G. D'ABUNDO (*Ann. de Psychiatrie*, 1893).

d'Abundo est arrivé aux résultats suivants :

Paranoïa. — C'est l'état où l'action toxique du sang se rapproche le plus de la normale; s'il se produit quelque épisode psychonévrotique à forme dépressive, la toxicité du sang diminue notablement; survient-il ensuite une période d'excitation, la diminution s'arrête et fait bientôt place à une légère augmentation toxique.

Lypémanie. — Dans les diverses formes de lypémanie sans agitation, le pouvoir toxique du sang est moindre; il s'accroît au contraire s'il survient une période assez longue d'agitation.

Démence. — Dans les diverses variétés de démence la toxicité est constamment diminuée, et souvent dans des proportions considérables.

Paralysie générale progressive. — A l'exception de deux cas, l'auteur a toujours trouvé un accroissement du pouvoir toxique du sérum sanguin.

Manie aiguë et excitation maniaque. — Augmentation de la toxicité.

Epilepsie. — Diminution dans les stades consécutifs aux accès, marqué surtout dans les états de stupeur post-épileptique.

Imbécillité. — Diminution.

Idiotie. — Dans beaucoup de cas, pouvoir toxique du sang absolument normal; dans d'autres, forte diminution.

Folie morale. — Dans deux observations, diminution constatée.

Comme causes de la diminution de la toxicité du sang, l'auteur pose les hypothèses suivantes : est-elle due à un ralentissement général dans la production des principes chimiques-toxiques? Les principaux émonctoires acquièrent-ils une puissance éliminatrice supérieure? Ou bien les produits toxiques sont-ils atténués par la pénétration dans l'organisme de nouvelles substances chimiques.

Quant à l'augmentation de la toxicité, elle peut être attribuée, soit à des troubles dans l'élimination des produits toxiques, soit à une hyperproduction de ces substances, soit enfin à la pénétration dans le torrent circulatoire de nouveaux éléments chimiques étrangers.

Le pouvoir bactéricide du sérum sanguin est généralement augmenté chez les aliénés, excepté dans les formes dépressives, où l'on note une diminution. Plus la toxicité du sang a d'intensité, plus grand est le pouvoir bactéricide.

R. S.

Twenty-second Annual Report of the Middletown State homœopathic Hospital at Middletown, N. Y. for the year 1892.

L'asile de Middletown qui compte actuellement environ 900 aliénés a vu, depuis trois ans, une augmentation annuelle de 111 malades. Le Dr Talcott qui attend de nombreux transferts d'autres petits asiles environnants demande de nouveaux bâtiments pour pouvoir accepter les patients qui lui seront livrés. Dans le courant de l'année écoulée il a dû refuser l'entrée à 63 malades.

Au 1^{er} octobre 1891, l'établissement comptait 765 (392 H. et 373 F.) personnes; au 30 septembre 1892, il en comptait 854 (435 H. et 419 F.). Dans le courant de l'année il y eut 125 (43 H. et 82 F.) guérisons et 56 (33 H. et 23 F.) sorties sans guérison; 67 décès (37 H. et 30 F.); une évasion et un homme entré déclaré non aliéné.

Le rapport étudie, avec de longs développements, les principales causes des maladies mentales, le chagrin et l'intempérance, il sacrifie un chapitre à la paralysie générale, à la folie consécutive aux grandes opérations chez la femme, à la folie et la sorcellerie, aux moyens recommandés pour soigner et protéger les aliénés, au travail

et aux distractions pour aboutir à des conclusions relatives à l'amélioration incessante de l'établissement.

Ceux qui ont lu nos courts aperçus précédents sur l'hôpital de Middletown ne pourront manquer de faire cette importante et capitale observation que l'infatigable chef de cet asile modèle, le Dr Selden H. Talcott, assisté d'un nombreux personnel, nous fournit chaque année un rapport des plus instructifs. La collection de ces nombreux rapports contient déjà une série nombreuse de travaux scientifiques. Tout aliéniste, préoccupé de la science et de ses malades, et qui a le bonheur de pouvoir les lire, doit se plaire à rendre un juste hommage au personnel médical de l'hôpital de Middletown.

J. M.

Eight biennial Report of the Illinois eastern Hospital for the insane at Kankakee, 1892.

Les rapports américains sur les asiles d'aliénés présentent très souvent un intérêt supérieur à ceux des rapports européens. Le rapport sur l'asile de Kankakee, sous la direction du Dr De Wey, nous en donne une nouvelle preuve. Cet asile qui s'est successivement aggrandi, n'existe que depuis seize ans et déjà il peut contenir 2000 aliénés. Le service médical et les études cliniques y prennent chaque année une extension plus grande.

Du 1^{er} juillet 1890 au 30 juin 1892, 2762 aliénés (1701 H. 1061 F.) y ont été traités. Dans ces chiffres figurent 915 admissions (566 H. et 349 F.) et 160 réadmissions (96 H. et 64 F.). Il y eut 278 guérisons (161 H. et 117 F.), 210 sorties avec amélioration (129 H. et 81 F.), 331 sorties sans guérison (206 H. et 125 F.); 229 décès (158 H. et 71 F.), 4 (3 H. et 1 F.) furent déclarés non aliénés.

Un grand nombre de malades y sont utilisés au travail.

Ce n'est pas sans une bien grande satisfaction qu'il annonce le départ de son asile de 40 criminels et de 11 prévenus aliénés. Ces aliénés ont été confiés au nouvel hôpital pour aliénés criminels établi à Chester.

L'École des gardiens y fait de notables progrès et le médecin en chef se loue du succès de ses conférences qui ont été au nombre de quarante par an. En 1892, 36 gardiens reçurent leur diplôme de capacité.

Presque chaque semaine on y organise des fêtes dont le programme est très variée.

En dehors de la bibliothèque ordinaire l'asile reçoit 50 journaux et 31 revues illustrées.

Le personnel médical y est composé d'un médecin en chef assisté

de huit autres médecins. Il ne faut donc pas s'étonner si le travail scientifique y est mieux établi que dans la plupart des asiles européens.

J. M.

*State of New-York. State Commission in Lunacy. Third
Annual report, 1891.*

La Commission d'inspection des asiles d'aliénés de l'État de New-York peut être qualifiée une Commission modèle tant par l'activité de son travail que par les progrès qu'elle réalise dans ses rapports annuels. Après avoir donné, d'après un plan uniforme, les rapports des neuf asiles que cet État possède, le Comité présente ses observations particulières qui, à elles seules, constitue les deux tiers du travail. Toutes les questions relatives aux services administratif et médical y sont passées en revue; ajoutons-y qu'elles sont traitées avec une rare compétence et conséquemment qu'elles constituent une mine bien fertile pour ceux qui tiennent à s'en occuper.

Constatons que l'accroissement de la proportion des aliénés admis était, en 1886, de 6,5 % et que depuis cette année elle était descendue en 1891 jusqu'à 3,8.

Les rapporteurs, en concluent que la nécessité de la collocation est mieux comprise par les familles et les médecins. Il va de soi que la collocation, faite à temps, donne une proportion de guérisons plus grande et plus certaine et expose moins aux récidives.

En 1891 le nombre des aliénés était de 16,648. Les admissions s'élevèrent à 6,866, les décès à 514, les guérisons à 190.

J. M.

BIBLIOGRAPHIE.

Zur Staatlichen Beaufsichtigung der Irrenanstalten, von
D^r B. ASCHER (Berlin, S. Karger, 1893).

L'auteur, en préparant ce travail, a eu pour but de citer les inconvénients qui existent actuellement en Prusse quant au mode d'inspection des asiles d'aliénés et des aliénés eux-mêmes.

Son travail est excessivement intéressant, spécialement pour les médecins aliénistes des pays allemands où les mêmes inconvénients semblent généralisés. Et en effet, les médecins étrangers ont pu constater, en maintes occasions, que la collocation des aliénés dans les asiles nombreux désignés sous les noms « Nervenkuranstalten, Nervenheilstalten, Wasserheilstalten, Pflegeanstalten, etc. est plus facile que dans les établissements de France, d'Angleterre, de Hollande, de Belgique, etc. L'inspection de ces asiles n'est pas confié à des médecins aliénistes désignés par l'État mais le plus souvent à des médecins appartenant à des Commissions médicales provinciales.

L'auteur réclame un contrôle plus sérieux sur les établissements de son pays et cite à l'appui de sa thèse les législations des pays voisins sur le régime des aliénés. Son travail a une très grande importance et sera lu avec un vif intérêt. Espérons qu'il contribuera à la réalisation de la réforme et que les conclusions formulées par le D^r Ascher à la fin de son travail recevront un accueil favorable.

J. M.

*Sammlung gerichtsarztlicher Gutachten, aus Zwanzigjähriger
Amtsführung mitgetheilt*, von D^r R. BECKER (Berlin,
S. Karger, 1893).

Le D^r Becker après avoir fait connaître les principaux travaux qui ont paru dans les vingt dernières années sur la médecine légale, y compris ceux sur la médecine légale des aliénés, reproduit vingt-trois rapports dont il est l'auteur. Nous ne citerons que pour

mémoire les rapports relatifs aux homicides, suicides, empoisonnements, avortements, etc., et nous nous arrêterons exclusivement à ceux qui traitent des questions relatives à la psychiatrie.

L'auteur mentionne une série de cas appartenant à la « Verrücktheit » des Allemands, y compris le délire érotique, le délire religieux, le délire des persécutions, la démence sénile, l'alcoolisme, la mélancolie, la folie raisonnante.

Les travaux sur la médecine légale des aliénés sont trop rares pour que nous n'appelions pas une attention spéciale sur les rapports de l'auteur qui sont variés et très étendus. Nul doute que ce travail ne sera très goûté par les psychiatres et nous faisons nos meilleurs vœux pour une édition nouvelle enrichie d'une série de faits nouveaux.

J. M.

Les troubles de la mémoire, par le Dr PAUL SOLLIER, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine, avec 36 figures dans le texte (Paris, Reuff et C^{ie}, 1892).

Nos lecteurs connaissent tous l'auteur de la *Psychologie de l'imbécile et de l'idiot* et nous sommes convaincu que l'accueil qui a été si bienveillant pour cet ouvrage sera le même pour la nouvelle publication que nous avons devant nous.

Hâtons-nous de dire que le Dr Sollier n'y fait pas figurer l'hypermnésie d'abord en raison de sa minime importance, ensuite parce qu'elle est mal connue dans son mécanisme physiologique.

Il s'est limité à l'étude du côté médical des amnésies tout en accordant une place importante au côté psychologique.

Après avoir exposé les généralités relatives à l'amnésie, l'auteur en expose le mécanisme pour aborder ensuite la classification en amnésies progressives ou dysmnésies, en amnésies à début brusque et en amnésie comme phénomène accessoire. Ces différentes amnésies se trouvent divisées et subdivisées à leur tour. Cette classification prouve que nous nous trouvons devant une étude très approfondie et nous pouvons d'autant mieux le certifier que le Dr Sollier a puisé, pour faire son œuvre, à toute la littérature médicale aussi bien de l'étranger que de celle de son propre pays. Le sujet a fait l'objet, depuis une vingtaine d'années, d'innombrables travaux et l'auteur a rendu non seulement aux médecins aliénistes mais à tous les praticiens un bien grand service en leur offrant une œuvre qu'ils seront heureux de posséder.

J. M.

Neurasthénie (épuisement nerveux), par le D^r A. MATHIEU, médecin des Hôpitaux (Paris, J. Rueff et C^{ie}. 1892).

Le titre de cet ouvrage est le même que celui publié par Beard il y a vingt-cinq ans à New-York. Depuis ce quart de siècle l'étude de cette maladie a fait un progrès énorme et a réduit presque au minimum le chapitre autrefois si étendu et si obscur de l'hypocondrie. De nombreux travaux sont publiés chaque année, et presque dans chaque pays, sur cette importante question.

Ce qui caractérise essentiellement l'œuvre du D^r Mathieu c'est qu'il part de ce point que la neurasthénie est primitive et non secondaire. Il étudie conséquemment ses limites et ses relations avec les autres états névropathiques. Ce sont là des chapitres de critique. Aussi l'auteur y émet-il une série d'idées personnelles qui permettent de dire que son travail se distingue des deux œuvres qui viennent de précéder, celles de Bouveret et de Levillain. Il en est résulté des vues spéciales au point de vue du traitement, la thérapeutique étant la conséquence directe et obligée de la conception pathogénique de l'état morbide. C'est là un titre suffisant pour nous obliger à appeler l'attention du lecteur sur cette nouvelle acquisition médicale.

J. M.

Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses, par le D^r Blocq, chef des travaux anatomo-pathologiques à la Salpêtrière — avec 21 fig. (Paris, Rueff et C^{ie}, 1893).

Après avoir décrit la marche physiologique, l'auteur étudie les modifications qu'elle peut subir sous des influences psychiques et pathologiques. Il arrive ainsi à établir une classification ingénieuse des dysbasies, qu'elles soient motrices, sensitives, psychiques ou trophiques. Il étudie chacune de ses variétés pour entreprendre ensuite la description de la technique clinique des troubles de la marche, la description de ces troubles, leur diagnostic, leur valeur séméiologique et leur traitement.

Si les travaux sur les affections du système nerveux sont nombreux, si tous traitent des dysbasies, nous devons néanmoins reconnaître que nous ne connaissons aucun travail qui décrit si bien et si complètement les troubles de la marche. Aussi n'hésitons nous pas à déclarer que la nouvelle œuvre du D^r Blocq est en ce moment la meilleure qui ait été écrite sur la matière.

J. M.

Psychiatriske Forelæsinger og Studier, af D^r KUND PONTOPPIDAN
(Kjobenhaan, Forlagt af Th. Lind, 1892).

Le travail que nous avons devant nous est composé de deux parties. La première est une série de six conférences sur la classification des psychoses, la mélancolie simple et son traitement, la mélancolie avec stupeur et le catatonie, la psychose de la lactation, la manie éroto-religieuse et la manie simple.

La deuxième partie contient, après une introduction, des chapitres différents sur le délire d'inanition, le délire aigu, la folie asthénique et la démence aiguë.

Comme on le voit par la nature des matières susmentionnées le travail ne constitue pas un traité de médecine mentale mais une étude clinique sur les principaux chapitres et la psychiatrie. Ce qui le caractérise surtout c'est la forme scientifique et un examen tout spécial de l'état somatique pour chaque forme morbide.

J. M.

État mental des hystériques. Les stigmates mentaux, par
PIERRE JANET, professeur de philosophie au Collège Rollin
(Paris, Rueff et C^{ie}, 1893).

L'étude de l'hystérie s'est singulièrement perfectionnée dans ces dernières années et il est difficile de rencontrer un travail qui étudie cette névrose d'une manière complète. L'auteur n'a abordé qu'un seul côté de la question, celui qui offre pour nos lecteurs le plus grand intérêt : *l'état mental des hystériques*.

Hâtons-nous de dire que le D^r Janet étudie ici d'une manière toute spéciale les relations des phénomènes psychologiques entre eux ainsi que leurs relations avec les faits physiologiques. Ses recherches sur les phénomènes automatiques de l'esprit l'ont conduit à l'étude des phénomènes hystériques. L'auteur rassemblait les documents y relatifs depuis déjà plus de quatre ans.

La méthode d'observation joue le principal rôle dans les recherches de l'auteur. Le D^r Janet prouve que dans plusieurs cas l'expérimentation confirme la méthode clinique. Il donne ainsi raison aux psychiatres qui basent leur diagnostic sur l'étude complète de l'individu, sa vie, son éducation, son caractère, ses idées, sur l'examen des actes et des paroles.

Aussi partageons-nous son avis quand il déclare ni inutile, ni fastidieux décrire mot à mot les divagations d'une aliénée, que les actes, les paroles et les écrits des hystériques sont les véritables graphiques de la psychologie pathologique. Les observations per-

*

sonnelles de l'auteur montent déjà à 120 cas auxquelles il a joint celles recueillies sur une douzaine d'autres hystériques et communiquées par ses amis.

Le volume actuel analyse les stigmates mentaux. L'auteur se réserve d'examiner les accidents mentaux de l'hystérie dans un second volume.

La description des stigmates mentaux comprend les anesthésies, les amnésies, les aboulies, les troubles du mouvement et les modifications du caractère.

Il est impossible de jeter un coup d'œil sur chacun de ces chapitres, mais par ce qui précède le lecteur comprendra qu'il se trouve devant un travail original qui expose et complète, avec un très grand succès, ce beau chapitre de la pathologie mentale. Nous sommes convaincu qu'il attendra le second volume avec impatience.

J. M.

VARIÉTÉS.

Assistance des épileptiques et des idiots dans la province de Saxe, par P. KERAVAL.

A la suite d'une enquête médico-administrative des plus intéressantes, en ce qu'elle met en évidence la collaboration des pouvoirs publics et des médecins compétents, tels que : Læhr, Kurella, Wildermuth, le conseil général (Landtag) de la province a, le 11 mars dernier, décidé d'acheter le domaine de Modderkuhl, près Børgitz (cercle de Gardelegen), pour y construire un asile de *traitement et d'hospitalisation destiné aux épileptiques et idiots*. Cet établissement, qui comprendra 360 hectares environ, devra d'abord recevoir 500 malades. Il ne recevra pour débiter que des épileptiques, et notamment ceux des établissements de Neinstedt (au nombre de 200); à Neinstedt on enverra, pendant cette même période de début, des idiots jusqu'à concurrence de 600. Au nouvel asile on transférera également sur-le-champ, 100 aliénés épileptiques de Nietleben et Alt-Scherbitz. Il va de soi que tout sera disposé pour qu'on puisse l'agrandir de façon à ce qu'il puisse recevoir mille malades. Le nom du domaine était vilain, on lui donnera le nom d'Uchtspringe qui correspond à celui de la localité.

Voici comment sont concédés et répartis les crédits :

Achat du domaine de 160 hectares.	170,000 marks	212,500 fr.
Acquisition de 200 hectares de terrain	30,000 "	37,500 "
Construction et installation (pour 500 lits)	2,402,000 "	3,002,500 "
Organisation d'une station de chemin de fer.	32,000 "	40,000 "
Agrandir l'asile de 500 lits	760,000 "	950,000 "
	3,394,000 marks	4,242,500 fr.

Débarrasser les asiles d'aliénés de tous les malades qui ne leur incombent pas et appliquer à ceux-ci le traitement qui leur convient et que la promiscuité empêche de leur appliquer, c'est, comme nous l'avons tous répété sur tous les tons, faire des économies, car on peut espérer en guérir et l'on est certain, en se consacrant spécialement aux entités morbides de l'aliénation mentale, de désencombrer les asiles et de diminuer la proportion des incurables. — C'est ce que l'on devrait faire pour les alcooliques ainsi que pour les vieillards et les déments. — C'est ce qui se fait actuellement partout à l'étranger.

Une visite à l'asile de Rome, par PONS (Annales médico-psychologiques, 1891).

Le nouvel asile de Rome ne répond à aucune formule classique : il n'appartient à aucun des ordres connus de l'architecture spéciale. On l'a installé sur une colline salubre, habitée déjà, en utilisant les immeubles dont elle est couverte : parmi les frondaisons étincelantes émergent des maisons blanches, aux aspects variés, aux contours disparates, villas élégantes, ateliers, fermes, quartiers de malades. Chacun de ces quartiers porte un nom différent parmi lesquels il en est de curieux : la division des agités, c'est l'« auberge de l'espérance ; » le quartier des gâteaux porte l'étiquette consolante d'« auberge du repos. » Dans le manicomium romain, les aliénés sont entourés d'un personnel nombreux et bien discipliné. Pour 1200 malades, il n'y pas moins de 200 infirmiers ou employés. Le corps médical qui doit encore être augmentée se compose, à l'heure actuelle, de 8 médecins : 1 médecin-directeur ; 1 vice-directeur, professeur de psychiatrie à l'Université avec 2 chefs de clinique, a sous la main les 2 quartiers d'observation, hommes et femmes, trois médecins en chef sont chargés des autres services ; enfin, un libéro-docent d'anatomie normale à l'Université a spécialement le soin des autopsies et des recherches anatomo-pathologiques.

Ouverture du nouvel asile d'aliénés de Tworcki près Varsovie, par KÉRAVAL (Arch. de Neurologie, 1893).

Ce qui est méritoire, c'est que les plans et projets envoyés en 1887 à Pétersbourg étaient retournés pour exécution à Varsovie la même année, que sous l'œil du comité de construction le professeur de psychiatrie (vous avez bien lu !) Balinsky et l'architecte Strom se mirent à l'œuvre dans les premières semaines de l'année 1888 et que, le 15 novembre 1891 l'asile était inauguré. On lui a donné le nom d'asile d'aliénés de Varsovie. Il comprend 2 parties. L'une est destinée au traitement des aliénés et peut recevoir 210 hommes et 210 femmes. L'autre est la ferme séparée de l'asile, avec sa colonie, et comporte 104 lits pour aliénés incurables. Entre l'asile de traitement et l'asile des chroniques, s'étend un petit bois de sapins.

L'asile de traitement consiste en pavillons séparés dont les édifices sont complètement séparés les uns des autres et entourés de jardinets délimités par des haies vives. L'ensemble représente un rectangle dont le front regarde le petit bois. Le plus court côté est occupé au centre par les bâtiments d'administration. Ces bâtiments

comprennent : 1° une sorte de rez-de-chaussée surélevé et 2° deux étages. Au rez-de-chaussée, on trouve les bureaux des médecins et des employés d'administration, et, de chaque côté, une petite division pouvant recevoir 10 malades de chaque sexe avant leur admission proprement dite. Au premier, habitation du directeur et des sœurs auxquelles on a confié la surveillance de la cuisine, de la buanderie, des pavillons des malades-femmes. Au second, employés. Les médecins habitent les diverses divisions respectives.

Derrière les bâtiments d'administration, cuisine, buanderie, locaux des machines et des appareils d'éclairage électrique. L'établissement entier est éclairé par 600 lampes. La cuisine et la buanderie marchent à la vapeur; elles sont pourvues des appareils les plus perfectionnés, des derniers modèles. L'électricité est elle-même employée à la ventilation des services des malades. Un château d'eau, muni d'un réservoir de dimension, alimente l'asile; une machine à vapeur puise cette eau dans une petite rivière contiguë l'Utata, elle l'envoie dans un filtre spécial, d'où elle passe dans le réservoir.

En arrière de ces constructions, sont : l'obitoire, avec sa chambre d'autopsie, et une petite chapelle catholique.

A droite et à gauche des bâtiments d'administration, division des hommes et division des femmes, d'égales dimensions : à chacune d'elles trois édifices avec leur rez-de-chaussée surélevé et leur premier étage.

Le premier édifice destiné à 100 malades de régime commun (indigents) forme un asile complet avec ses sections convenables, y compris les agités et les gâteux, les salles de bains, la tisanerie, les water-closets, salles de jour, dortoirs, etc.; on y a ménagé l'habitation d'un médecin.

Tout près de ce pavillon, est celui de 10 pensionnaires de première classe muni, lui aussi, de toutes ses sections; un médecin l'habite aussi. Rez-de-chaussée et un étage, Un peu plus loin pavillon de 40 pensionnaires de deuxième classe; même distribution. Habitation d'un médecin.

Chacun de ces pavillons sera entouré de son jardin avec sa haie vive. Les jardins seront contigus.

Le chauffage s'effectue par des poêles en terre réfractaire, à chauffage extérieur et bouches de chaleur à clefs. Dans les sections d'agités, de gâteux, d'agités, chauffage central à l'air chaud. Tout est planchéié à l'exception des corridors, des salles de bains, de laveries, des offices, des tisaneries, des cuisines, où l'on a posé de l'asphalte.

Les sections d'agités, de malades soumis à la surveillance continue (observation médico-légale), de nouveaux arrivants sont pourvues de cadres en fer dans lesquels sont installées de petites fenêtres à

système de fermetures à clefs et de broches, dont le tiers supérieur peut se rabattre à l'intérieur. Systèmes de portes à 1 ou 2 battants sans loquets. Cabinets d'aisances partout. Ce qui manque c'est une salle de fête ou de réunion.

La colonie se compose d'un bâtiment pour hommes et d'un bâtiment pour femmes (en tout 104 incurables). Un troisième bâtiment est réservé, pour le rez-de-chaussée à des ateliers, pour le premier étage à 2 appartements de médecins. Tout près sont les locaux agricoles et les écuries. L'asile a sa pharmacie à lui.

Voici maintenant les statuts de l'établissement :

1° L'asile d'aliénés de Varsovie, avec sa colonie est destinée à :

a) traiter les aliénés dont on espère obtenir la guérison, b) hospitaliser des aliénés incurables, c) examiner les individus que les autorités considèrent comme donnant des signes d'aliénation mentale, d) recevoir des aliénés criminels.

2° L'asile ne recevra que des habitants du royaume de Pologne, mais s'il dispose de places vacantes en excès, l'empire peut y placer ses aliénés à la condition d'en payer le prix de journée.

3° La population de l'asile de Varsovie est fixée à 420 malades, hommes ou femmes, 104 d'entre eux considérés comme incurables, mais capables de travailler, jouiront d'une plus grande liberté.

4° On y recevra des indigents et des pensionnaires, soit 320 indigents et 100 pensionnaires (20 pensionnaires de première classe, 80 de seconde classe).

5° Le prix de pension se décompte comme suit. Un prix normal représentant le prix de journée, c'est-à-dire la somme réelle que coûte le pensionnaire à la maison, et un bénéfice. Les ecclésiastiques et les fonctionnaires sans ressources, ne paieront, non plus que leurs familles, le bénéfice sus-indiqué.

6° L'asile n'encaissera de la pension que le bénéfice qui viendra former son fonds spécial, le reste sera rapporté au fonds commun des établissements de bienfaisance du comité d'assistance publique de Varsovie.

7° Le placement des indigents a lieu par les soins du comité de Varsovie et l'arrêté du général gouverneur.

8° L'établissement rentre dans le département du ministère de l'Intérieur, mais il est surveillé, sous la haute autorité du général gouverneur, par le comité d'assistance publique de Varsovie.

9° Le comité délègue ses pouvoirs à cet objet à un curateur.

10° L'établissement est dirigé par le médecin en chef qui prend le titre de directeur. Proposé par le général gouverneur, il est nommé par le ministre de l'Intérieur. Les ordonnateurs sont, sous la responsabilité du directeur, nommés, sur la proposition du gouverneur de

Varsovie, par le ministre de l'Intérieur, après agrément du chef du comité d'assistance publique et de l'inspecteur médical des hospices civils de Varsovie.

L'asile comprend donc, en dehors des fonctionnaires administratifs et des employés ordinaires :

	Traitement.	Indemnité de table.	
1 ^o Un directeur . . .	2,000 roub.	2,000 roub. = 4,000 roub.	8,800 fr.
2 ^o 3 ordonnateurs . .	1,200 "	600 " = 5,400 "	11,880 "
3 ^o 4 sous ordonnat. .	1,000 "	500 " = 6,000 "	13,200 "
4 ^o 1 pharmacien . . .	528	= 528 "	1,293 " 60
5 ^o 4 barbiers	300	= 1,200 "	2,640 "
6 ^o 3 coiffeuses	240	entretenus par = 720 "	1,584 "
7 ^o 1 surveill. en chef.	480	la maison. = 480 "	1,056 "
8 ^o 4 surveillantes. . .	360	= 1,440 "	3,168 "
9 ^o 5 surveillants . . .	420	= 2,100 "	4,620 "
48,241 fr. 60			

Le budget des dépenses est évalué à 116,288 roubles (255,833 fr. 60)

La construction et l'achat du terrain n'avaient pas coûté moins de 800,000 roubles (1,760,000 francs).

NÉCROLOGIE.

Le 23 février 1893 est mort à Paris, à l'âge de cinquante-huit ans, le Dr Benjamin Ball, professeur de Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de Médecine.

Le professeur Ball était une des figures les plus originales et les plus sympathiques du monde médical. Esprit fin, délicat, distingué, riche des connaissances les plus diverses, polyglotte et disert au degré le plus rare, il alliait en lui, par un heureux mélange, les aptitudes spéciales aux races étrangères avec les qualités brillantes du génie français. Avec cela modeste, bienveillant, un peu faible peut-être, mais sincèrement attaché à ses amis, d'une bonté ouverte et avenante qui rayonnait et attirait à première vue au travers de son masque ingrat.

Nommé en 1877, lors de la création, titulaire de la Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale à la Faculté de Paris, ce ne fut que deux ans après, en 1879, qu'il put prendre possession de cette chaire, à l'Asile Sainte-Anne. Il l'a occupée pendant onze ans avec une distinction et un succès des plus marqués.

L'enseignement du professeur Ball était un enseignement ingénieux, brillant, solide en même temps qu'aimable, qui captivait les auditeurs et les instruisait en les charmant. Les principales leçons professées ainsi ont été réunies en un volume par le maître, sous le nom de *Leçons sur les maladies mentales*, dont la seconde édition a paru en 1890. On y trouve, dans un style clair, élégant et facile, l'exposé doctrinal des grandes questions de psychiatrie, avec des vues neuves et originales, une érudition merveilleuse et ce respect des devanciers, tant oublié de nos jours, que nul peut-être n'a poussé plus loin que le professeur Ball.

En dehors des *Leçons sur les maladies mentales*, qui constituent la plus importante de ses œuvres et qui resteront comme son meilleur titre de gloire, le professeur Ball a publié divers autres travaux remarquables sur la folie érotique, l'ischémie cérébrale fonctionnelle, la morphinomanie, la claustrophobie, etc., sans compter de nombreux mémoires de médecine générale disséminés dans les Encyclopédies et les Revues. Il a fondé également avec M. Luys un journal spécial, l'*Encéphale*, qui, durant ses neuf années d'existence, a tenu un rang des plus honorables dans la littérature psychiatrique de notre pays.

Depuis quelques années, vaincu par un labeur au-dessus de ses forces et après avoir lutté jusqu'à la dernière heure, le professeur Ball avait dû prendre une retraite prématurée, ayant perdu, par une cruelle ironie du sort, cette faculté de la parole qui avait été la qualité maîtresse de son talent. Il meurt, jeune encore, estimé de tous, profondément regretté par ceux de ses élèves qui l'ont particulièrement connu et auxquels il laisse le souvenir du maître le plus aimable et le plus bienveillant qui fut jamais.

E. Régis.

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE
DE BELGIQUE.

N° 69. — Juin 1893.

Société de Médecine mentale de Belgique.

Procès-verbal

de la séance ordinaire tenue au Palais de l'Université à
Bruxelles, le samedi 29 avril 1893

Sous la présidence du Dr DERODE, Président. — Dr JUL. MOREL,
Secrétaire.

Assistent à la séance : MM. Cuylits, De Boeck, Derode,
Francotte, Heger, Lefebvre, Lentz, Masoin, Morel, Moulaert,
Peeters.

Se sont fait excuser : MM. Claus et De Craene.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

MOTION D'ORDRE.

M. Morel rappelle aux membres que la Société de Médecine mentale aura à célébrer dans le courant de l'année prochaine le vingt-cinquième anniversaire de son existence. Cette occasion permettra également de fêter les membres fondateurs et de leur exprimer toute la reconnaissance de la Société pour la grande part qu'ils ont prise dans l'intérêt de ses travaux. Il propose de nommer une Commission qui se chargerait d'étudier les mesures à prendre en vue de donner à cette solennité le plus d'éclat possible.

Cette proposition étant acceptée, la Société décide d'adjoindre au Bureau six autres membres dont les trois premiers seront pris parmi les membres fondateurs.

Ont été désignés : MM. Lefebvre, Lentz, Vermeulen, Heger, Moulaert et Peeters.

La Commission choisira dans son sein un président et un secrétaire.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Une lettre du Collège des Bourgmestre et Échevins de la ville de Gand, informant la Société qu'un arrêté royal du 28 février dernier lui alloue un subside de 600 francs pour l'aider à continuer sa publication.

2° Une lettre de M. le Dr Bechterew, président de la Société des médecins neurologistes et aliénistes de l'Université de Kazan, demandant l'échange de notre publication avec celle de la Société russe. M. Morel fait un rapport très favorable à ce sujet et la Société accepte l'échange proposée.

3° Une lettre de M. le Dr Paul Sérieux, de Villejuif, annonçant l'envoi d'un résumé de sa communication faite à la Société de biologie, en collaboration avec le Dr Marinesco : *« Sur un cas de lésion traumatique du trijumeau avec troubles trophiques consécutifs. »* — Ce travail sera publié dans le prochain Bulletin.

4° Lettre de M. Massaut, président de la Société des étudiants en médecine de l'Université de Liège, pour remercier la Société de l'envoi de sa publication.

M. Morel, fait part à la Société qu'il a reçu de M. le Dr Alder Blumer, président de la section de psychiatrie du Congrès international des œuvres charitables qui aura lieu à Chicago du 12 au 18 juin prochain, une lettre invitant les membres de la Société à bien vouloir y assister. M. le Dr Alder Blumer promet aux membres qui voudront bien se rendre à Chicago la plus cordiale réception. Il désirerait également connaître, dans le plus bref délai, les noms des membres qui participeront au Congrès.

La Société nomme M. Morel délégué de la Société auprès de ce Congrès.

—
TRAVAUX IMPRIMÉS.

La Société a reçu en hommage les travaux suivants :

1° De M. le D^r Kovalewski, prof. à l'Université de Kharkoff :

A) *Zur Behandlung der Syphilis des Centralen Nervensystems*, par le prof. Kovalewski.

Ce travail est soumis à l'examen de M. De Boeck.

B) *Paralysis spinalis syphilitica* (Erb.), par le D^r Muchin, privat-docent à l'Université de Kharkoff.

M. Francotte se charge de l'analyse de ce travail.

2° De M. le D^r Charles A. Olliver, de Philadelphie :

Cases of symmetrically-placed opacities of the Corneæ, occurring in Mother and Son.

3° De M. le D^r Crowley, de Oakland en Californie :

A rapid Method of locating intestinal wounds by the use of hydrogen gas and an antiseptic fluid.

4° De la part du D^r Coni, de Buenos-Ayres :

A) *Anales de higiene publica y medicina legal*, ano I, nos 9, 10, 11, 12.

B) *Résumé statistique de 1892. Supplément des Anales di higiene publica y medicina legal.*

5° *Journal de la Policlinique de Namur*, nos 6 et 7.

6° *Goître exophtalmique et dégénérescence mentale*, par les D^{rs} Raymond et P. Sérieux.

M. Moulaert se charge de l'examen de ce travail.

7° De la part du D^r Nücke, de Hubertusbourg :

Die Rumination, ein seltenes und bisher kaum beachtetes Symptom der Neurasthenie.

8° De la part de MM. Claus et Van der Stricht :

Contribution à l'étude anatomique et clinique de l'acromégalie. (Deux exemplaires).

Les conclusions de ce travail figureront dans le prochain Bulletin.

9° De la part de M. le Dr Boddaert :

Note sur la part qui revient à l'occlusion des voies lymphatiques dans la production de l'œdème.

Sur la proposition de M. le président la Société vote des remerciements aux différents donateurs.

ANALYSES D'OUVRAGES.

M. De Boeck fait l'analyse des deux derniers travaux de M. le Dr Legrain : *De la dégénérescence de l'espèce humaine, sa définition, ses origines* — et *Note pour servir à l'étude de l'hémichorée essentielle*. — Ces analyses figureront dans le prochain fascicule.

M. Derode fait l'analyse du travail du Dr Mac Donald, de New-York : *Feigned insanity*. C'est la description d'un cas très curieux chez un individu qui pendant plusieurs années simulait l'épilepsie avec un rare habileté et qui a su tromper nombre de médecins. C'est un épileptique professionnel, c'est-à-dire qui en faisait son métier; il était associé à une bande de pick-pockets; au milieu d'une foule il simulait un accès et pendant qu'on s'empressait autour de lui ses acolytes opéraient.

Le deuxième travail du Dr Mac Donald ne se prêtait guère à l'analyse. C'est la relation d'une exécution au moyen de l'électricité et celle des constatations histologiques constatées *post-mortem*.

M. Derode propose de déposer honorablement ces deux travaux dans les archives de la Société.

NOMINATION DE MEMBRES HONORAIRES.

M. le Secrétaire présente le rapport suivant :

Le Dr G. Alder Blumer, médecin-directeur de l'hôpital pour aliénés à Utica (N. Y.), est connu de beaucoup de nos membres comme le rédacteur en chef de l'*American Journal of insanity* depuis environ une douzaine d'années. C'est sous la direction de ce savant collègue que cette publication américaine sur la psychiatrie fit d'incessants progrès et à un

degré tel que la Société médico-psychologique de l'Amérique qui tient de si importantes réunions, fit choix de cette revue périodique pour la publication de ses comptes-rendus. Aujourd'hui on pourrait appeler ce journal l'organe officiel de ce corps savant. Aux qualités qui font connaître le Dr Alder Blumer par son journal de psychiatrie, nous pourrions encore ajouter les titres de ses nombreux travaux. Il sera inutile de les désigner lorsque nous déclarerons que les médecins-aliénistes des États-Unis l'ont proclamé, à l'unanimité, à la présidence du Congrès médico-psychologique qui aura lieu bientôt à Chicago.

Le Dr Nücke, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Hubertusburg, près de Leipzig, est connu de tous nos membres qui ont assisté au Congrès d'anthropologie, tenu dernièrement à Bruxelles. Le Dr Nücke s'y est fait connaître par un travail intitulé : *Le crime et la folie chez la femme* et dont la prochaine livraison du Bulletin donnera l'analyse.

Depuis 1873, le Dr Nücke a publié une série de travaux ressortissant de la médecine générale, prouvant ainsi qu'il s'intéressait à toutes les questions de la pratique courante et depuis 1880 nous le voyons embrasser divers sujets relatifs à la médecine mentale. Nous ne citerons pour mémoire que ses *Contributions sur le delirium tremens*, — *Sur les propriétés et les usages de l'hyoscine et de la duboisine*, — *Un cas d'intoxication par l'iodoforme*, — *Sur la valeur des symptômes catatoniques dans le cours de la paralysie chez les femmes*, — *Rapport sur le Congrès d'anthropologie de Bruxelles*, etc. On peut dire aujourd'hui que le Dr Nücke compte actuellement parmi les psychiatres les plus actifs que nous possédons.

Le Dr Nicholson, médecin en chef de l'asile pour aliénés criminels à Broadmoor, est connu dans le monde entier par ses nombreux travaux qu'il a publiés sur la psychologie morbide du criminel. Le *Journal of mental Science* depuis 1872, jusqu'aujourd'hui encore, renferme de cet auteur de nombreux mémoires sur cette question et nous pouvons dire,

en l'honneur du candidat, que nul plus que lui n'a contribué, depuis ces dernières années, à relever l'importance d'une question dont se préoccupent en ce moment tous les pays civilisés.

Le Dr Allison est médecin en chef de l'asile pour aliénés criminels à Matteawan (États-Unis). En dehors de la grande part qu'il prend dans les plus importantes discussions de la Société médico-psychologique des États-Unis, et des excellents rapports qu'il a publiés sur l'asile qu'il dirige, le Dr Allison s'est fait connaître dans ces derniers temps par les travaux : *On motives which govern the criminal acts of the insane*. — *On a general system of reporting Autopsies in American Asylums for the insane*. — *Mental changes resulting from separate fractures of both thighs*, etc.

Le Dr Toulouse, médecin à l'asile Saint-Yon, est connu par nos membres non seulement par le travail original qu'il a présenté à notre publication mais encore par une série de résumés qui ont figuré dans notre Bulletin et qu'il est inutile de rappeler. A cette série de travaux importants nous pourrions en citer encore d'autres tels que son *Étude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme*, — *Les convulsions infantiles par alcoolisme de la nourrice*, — *La Syphilis, l'alcoolisme et la paralysie générale*, — *Rapports du goître et de l'aliénation mentale*, — *Inversion sexuelle chez les aliénés*, etc. Ajoutons-y que M. le Dr Toulouse fut lauréat au concours d'internat des asiles de la Seine en 1889 et au concours d'adjuvat des asiles de la région de Paris en 1891. La Société médico-psychologique de Paris compte déjà cet honorable candidat parmi ses membres.

DISCUSSION SUR LA QUESTION DE L'INSTITUTION D'UN CONCOURS.

L'assemblée après avoir décidé qu'il y a lieu de maintenir le concours, discute longuement sur la question de savoir s'il sera international ou uniquement national. MM. Boddaert, Cuyllits, De Boeck, Lentz et Morel prennent successivement

la parole. M. Morel estime que pour enregistrer un résultat aussi favorable que possible il y a lieu d'admettre les étrangers au concours.

M. De Boeck partage complètement cette manière de voir mais il estime, avec M. Boddaert, qu'il y a lieu de se prononcer sur la question de savoir si les travaux pourront être présentés dans une langue étrangère, ou s'ils devraient être traduits, aux frais de l'auteur, dans la langue habituelle de notre publication.

M. Morel fait observer qu'il existe dans plusieurs pays des publications internationales où les travaux sont publiés en différentes langues; il voudrait voir publier les mémoires couronnés dans la langue dans laquelle ils ont été présentés au concours.

M. De Boeck signale la manière de procéder de la Société d'Archéologie de Bruxelles qui publie tous les travaux dans la langue adoptée par l'auteur, mais les fait suivre d'une analyse assez complète en français.

M. Cuylits combat énergiquement l'organisation d'un concours international et pense que la Société ne doit encourager que les études qui se font en Belgique.

M. Lentz se rallie à la manière de voir de M. Cuylits.

La question est mise aux voix : il est décidé que le concours sera international. Toutefois en raison de certaines difficultés qui pourraient se présenter dans les conditions à régler ultérieurement, la Société désigne M. De Boeck pour présenter à la séance suivante un rapport sur les mesures à prendre afin de donner au concours la meilleure organisation possible.

DISCUSSION SUR LA QUESTION DE L'INSTRUCTION PROFESSIONNELLE DES GARDIENS DES ASILES D'ALIÉNÉS.

M. PEETERS rappelle la note qu'il a fait figurer, dans un des derniers bulletins de la Société, relativement à l'insuffisance de l'instruction professionnelle des gardiens. Il pense que les membres seront unanimes pour reconnaître le bien fondé de son observation. Il estime qu'il y a lieu de prendre des mesures en vue de remédier à cet état de choses.

La première mesure à prendre ce serait d'organiser des cours. Il ne se dissimule pas que la question est très complexe et, sans vouloir prétendre arriver d'un coup au résultat obtenu par M. le Dr van Deventer, alors déjà qu'il était attaché à l'asile d'Amsterdam, on pourrait s'acheminer lentement vers le but et essayer de former des gardiens intelligents qui puissent s'acquitter convenablement de leurs devoirs. M. Peeters met en jeu la responsabilité des médecins en chef, d'autant plus grande naturellement que la position des gardiens est inférieure.

M. Vermeulen désirant savoir qui devrait se charger d'instruire les gardiens, M. Peeters déclare que cette mission incombe nécessairement aux médecins.

M. MOREL fait connaître qu'il s'est occupé depuis plusieurs années déjà de l'instruction à donner aux gardiens des asiles. Il a tenu à savoir tout ce que l'on a fait à ce sujet en Hollande, en Allemagne, en Angleterre et en Amérique. Dans ces différents pays c'est presque exclusivement le médecin en chef de l'établissement qui, se rendant compte des énormes avantages que présente un personnel au courant des fonctions qu'il a à remplir, se plait à payer de dévouement et à se charger de l'enseignement requis à cet effet. Aussi un grand nombre de médecins aliénistes ont-ils déjà résumé leurs cours sous une forme aphoristique afin de permettre à leurs gardiens de se ressouvenir de l'instruction reçue par la lecture de leur soi-disant *vade-mecum*.

M. Morel insiste afin que la Société de Médecine mentale décide qu'il y a lieu de former, par tous les moyens possibles, l'instruction des gardiens. Si cette mesure était adoptée, au bout de quelques années on pourrait arriver à diplômer les gardiens et à réformer complètement le personnel des asiles. Ce personnel serait ainsi mis à même de donner les premiers soins dans les cas les plus urgents et en attendant l'arrivée du médecin; il aurait reçu les notions voulues pour apprendre à observer les aliénés et il favoriserait singulièrement la tâche poursuivie par les médecins. Il est impossible que ces

derniers passent toutes leurs journées auprès de leurs malades et de plus, l'observation des malades, même à distance et à leur insu, fait découvrir bien des fois des symptômes qui semblaient ne pas exister. Il importe enfin de remarquer que le gardien ayant reçu une instruction professionnelle comprendra beaucoup mieux le médecin et le but qu'il poursuit. — M. Morel propose de nommer une commission qui aurait pour mission de préparer la question et de présenter un rapport pour une séance prochaine.

M. VERMEULEN s'intéresse beaucoup aux progrès réalisés dans nos pays voisins, mais il pense qu'il faut tenir compte du milieu dans lequel on vit et se demander au préalable si les réformes projetées sont réalisables en Belgique. Il examine la situation de nos établissements d'aliénés; il constate que la majeure partie est dirigée par des corporations religieuses; que dans ces derniers établissements il y a un va et vient continuel parmi les gardiens et que ce mouvement se produit sans que le médecin soit consulté sur son opportunité. Dans l'un de ses établissements les gardiens se succèdent parfois sans qu'il ait eu le temps d'apprendre à les connaître.

L'exemple de l'asile de Meerenberg cité par M. Peeters ne peut être invoqué, d'après M. Vermeulen, pour les asiles belges. Dans cet asile hollandais le gardien jouit d'une situation exceptionnelle et au bout d'un certain nombre d'années de services il a droit à une pension. En Belgique on n'est pas arrivé à ce degré de progrès.

M. MOREL ne croit pas que les modifications fréquentes du personnel constituent un obstacle pour la mesure proposée. Il pense au contraire que l'inconvénient cité par M. Vermeulen est un argument de plus à faire valoir dans la cause qui se défend. En cas de difficultés trop grandes on pourrait aisément réclamer l'intervention de l'État.

M. PEETERS constate qu'on est unanime à déclarer que le personnel des asiles pourrait être sérieusement perfectionné. Il revient sur sa proposition primitive et cite à l'appui ce fait que M. Lentz a préparé autrefois des instructions sommaires pour son personnel.

M. LENTZ déclare qu'au point de vue des gardiens laïques l'Hospice de Tournai est mal partagé. Étant données les classes où se recrutent les surveillants laïques les cours à organiser ne donneront pas les fruits que l'on en attend. Il se rend compte tous les jours de l'insuffisance ce genre de surveillants qui dans son hospice sont au nombre d'une quarantaine. Ce sont pour la plupart des paysans qui y séjournent quelques mois et qui le quittent une fois dégrossis. En présence du mouvement et de la nature du personnel il se demande quel résultat l'enseignement des gardiens pourrait bien offrir. Il faudrait avant tout obtenir du Gouvernement qu'il améliore la position des infirmiers, position qui dans la situation actuelle est tout à fait inférieure. Il n'admet pas l'exemple cité pour la Grande Bretagne parce que dans ce pays l'État est maître des asiles et peut imposer des conditions qu'on ne peut exiger en Belgique. Des règlements sévères y existent ; le directeur-médecin notamment peut renvoyer un gardien s'il le juge convenable. De plus M. Lentz est d'avis qu'il n'est pas nécessaire que les cours soient organisés dans tous les établissements et qu'il suffirait de les faire dans un seul.

M. MOREL ne partage pas la manière de voir de M. Lentz. Il soutient qu'il est impossible de confier cet enseignement à un seul établissement d'abord en raison de la nature du personnel (laïques et religieux appartenant à différentes congrégations), ensuite en raison de la divergence possible entre certains médecins relativement à l'art de soigner les malades. La rivalité même dans l'enseignement ne peut qu'être favorable au but projeté.

M. DE BOECK est convaincu qu'il y a nécessité de porter remède à la situation. Il se déclare absolument partisan de l'organisation d'un cours d'instruction professionnelle pour les gardiens d'asile et ce afin de les rendre apte à seconder le médecin dans sa tâche. Il rappelle la difficulté de la mission du médecin quand il a à faire à certains aliénés dissimulateurs dont l'observation n'est pas faite d'une façon constante et

intelligente — et combien il importe que le gardien soit apte à donner les premiers soins en cas d'accident.

M. CUYLITS, tout en rendant hommage au sentiment qui a dicté la proposition soumise aux délibérations de la Société, prévoit que la question offrira bien des difficultés. Il déclare que dans son propre établissement, exclusivement desservi par des laïques, il façonne son personnel et s'efforce de les mettre au courant de toutes les particularités qu'offre l'état mental de ses malades.

L'expérience lui aurait appris qu'il obtient bien des fois des résultats supérieurs avec des gardiens peu instruits et venant de la campagne parce que leurs malades sont plus fidèlement soignés, ce que ne font généralement pas les gardiens qui possédant quelques notions professionnelles ont subi l'influence corruptrice des hôpitaux et des villes. Il n'en conclut pas toutefois que les serviteurs ne doivent pas être instruits mais qu'on ne peut exiger d'eux des capacités qui les feront sortir de leur rôle.

Il conclut à ce que le personnel médical inculque aux gardiens les notions strictement nécessaires à la bonne observation des malades.

M. PEETERS se sent heureux de voir M. Cuylists aboutir aux mêmes conclusions que les siennes; il n'y a divergence d'opinion que dans les moyens d'application. M. Peeters, comme quelques autres membres, réclame l'enseignement collectif, M. Cuylists préfère instruire isolément ses gardiens.

M. MOREL explique les procédés en usage dans les différents pays qu'il a mentionnés. Dans tous indistinctement on a vu surgir de nombreux manuels pour gardiens et les conférences données par les médecins ne constituent pour ainsi dire que des dissertations sur les principes contenus dans ces petits travaux.

Il est vrai que dans certains asiles les mouvements du personnel sont considérables et que l'entrée d'un nouveau gardien oblige à reprendre le travail d'enseignement. Cette constatation se fait dans toutes les administrations et il appartient

au nouveau venu comme à ses supérieurs hiérarchiques de mettre tout en œuvre pour compléter l'éducation du personnel. C'est ainsi que les chefs de quartiers qui sont des gardiens ayant fait leurs preuves et qui sont supposés être à la hauteur de leur tâche doivent venir en aide aux nouveaux venus en attendant que ceux-ci puissent recevoir leur instruction officielle.

M. CUYLITS soutient que les meilleures observations sont faites par le médecin.

M. MOREL dit que c'est là bien des fois une erreur. L'aliéné peut simuler; il peut dissimuler. Il importe qu'il puisse être observé par un homme intelligent en l'absence du médecin. De plus le gardien à la hauteur de sa mission et qui voit le malade pendant toute la journée constate bien des fois des symptômes qui ne peuvent être saisis par un médecin qui parfois a la direction de 500 à 800 aliénés.

M. DE BOECK partage l'avis de M. Morel. Il se rallie à la proposition faite de nommer une Commission qui serait chargée de présenter un rapport sur les mesures à prendre.

L'assemblée désigne MM. Peeters et Morel comme rapporteurs.

La prochaine séance aura lieu le 29 juillet prochain au Palais de l'Université de Bruxelles.

Le Secrétaire,
D^r JUL. MOREL.

Le Président,
D^r DERODE.

NOTE MÉDICO-LÉGALE

A PROPOS D'UN INCENDIAIRE

PAR

Le Dr L. DERODE, membre titulaire.

L'étude des facultés mentales de certains incendiaires et la détermination de leur degré de responsabilité constituent l'un des problèmes les plus difficiles de la médecine légale des aliénés. Les anomalies psychiques sont souvent loin d'être évidentes. Il s'agit moins de reconnaître une maladie que d'apprécier des degrés toujours mal définis d'intelligence et de moralité. L'absurdité de l'acte lui-même est ordinairement le fait le plus saillant. Mais on sait combien en fait d'aliénation mentale il est dangereux de conclure des actes aux facultés.

Les désordres psychiques que l'on observe chez eux peuvent d'ailleurs être de diverse nature, et ce n'est pas toujours de la même façon que ces individus ont été conduits au crime dont ils ont à répondre devant la justice.

Il n'est pas rare de voir certains idiots ou imbéciles allumer des incendies par suite d'un entraînement instinctif dont il est impossible de se rendre compte. C'est surtout à la campagne au milieu des facilités que présente l'accumulation des récoltes dans les granges ou les meules qu'on trouve ces incendiaires. Ce n'est pas le plaisir de voir briller les flammes qui est le mobile de ces malheureux. On en voit qui concourent avec empressement à éteindre le feu qu'ils ont allumé (TARDIEU, *Étude médico-légale sur la folie*).

Cette impulsion morbide des imbéciles et des idiots est bien différente du délire partiel monomaniaque. La pyromanie est

une forme de la folie impulsive. L'existence de ce délire instinctif, de cette attraction unique et irrésistible dans une intelligence d'ailleurs saine, si elle existe, est un fait excessivement rare.

Plus souvent il s'agit d'épileptiques ou d'alcoolisants. Sans provocation et sans aucun motif de haine, on voit ceux-ci allumer des incendies comme on les voit se livrer sur le premier passant venu à des actes de brutalité et de violence dont ils n'ont pas conscience. J'ai vu un jeune homme, névropathe d'ailleurs et adonné à des excès alcooliques, qui à la suite de nombreuses séances d'hypnotisme était devenu d'une susceptibilité nerveuse extrême. Un jour dans un accès d'automatisme cérébral, il descendit à la cave de la maison habitée par son père, y rassembla des copeaux et les arrosa de pétrole. On le surprit au moment où il allait y mettre le feu.

Il peut arriver aussi que l'incendiaire ait agi sous l'influence de conceptions fausses, d'un délire plus ou moins systématisé. Cela n'est même pas aussi rare que le pensait Lasègue. Tel est le cas de celui qui met le feu à la maison de l'homme dont il se croit persécuté. Tel est encore le cas de celui qui, atteint de délire religieux, entend des voix du ciel lui commander l'extermination des méchants et se croit le ministre des vengeances divines.

Mais à côté des incendiaires qui agissent sous l'influence d'un délire défini ou de ceux qui, obéissant à une impulsion irrésistible et inexplicable, incendient sans motif ni raison, il existe une catégorie d'individus qui allument des incendies pour un motif très futile, mais suffisant néanmoins pour expliquer leur mauvaise action.

Le Dr Marandon de Montyel a publié en 1885, dans les *Archives de Neurologie*, plusieurs observations d'incendies multiples à mobile futile. Plus récemment, le Dr Emile Laurent a exposé dans les *Annales médico-psychologiques*, l'histoire d'une famille parmi les membres de laquelle se trouvaient trois incendiaires. Giraud a rapporté aussi dans la *Revue de médecine légale* des mêmes annales, plusieurs

exemples d'incendies allumés pour les motifs les plus futiles par des individus présentant des anomalies intellectuelles et morales plus ou moins évidentes.

Ce sont en général des individus jeunes, d'une intelligence inférieure, d'un caractère sombre, haineux, concentré. Ou bien ce sont des dégénérés et leur état mental se caractérise par l'excentricité de leur conduite, leur absolu défaut de jugement. Ils n'apportent dans leurs desseins ni consistance, ni décision. Ils ne sont pas dépourvus d'intelligence ; parfois même ils semblent doués sur quelques points de facultés supérieures, mais ils paraissent incapables de se laisser guider par les règles de la droite raison. Leur crime est souvent longuement prémédité, mais exécuté avec une remarquable maladresse. Avant, pendant et après le désastre, ils conservent l'impassibilité, qui est un des caractères de leur état cérébral et s'ils sont découverts, ils s'appliquent à excuser leur crime par des raisons qui leur paraissent absolument plausibles.

Les auteurs s'accordent généralement à ranger ces incendiaires dans la grande classe des dégénérés, des héréditaires vésaniques.

J'ai eu dans ces derniers temps l'occasion d'observer avec M. le professeur Masoin un incendiaire dont nous fûmes chargés de déterminer l'état mental par un jugement du tribunal correctionnel. Quoique nous n'ayons pas trouvé chez lui les stigmates physiques de la dégénérescence ni pu établir l'hérédité vésanique, je pense que par ses caractères psychiques il se rapprochait singulièrement de ceux qui ont été étudiés par les auteurs que je citais plus haut. L'extravagance de toute sa conduite, son manque complet de bon sens et de mesure, les hasards de sa vie abandonnée à toutes les inspirations d'une imagination dérégulée me paraissent assez caractéristiques pour que son histoire puisse être lue avec quelque intérêt par ceux qui s'intéressent à ces délicates questions de médecine légale.

Dans le courant de l'hiver dernier, Jules B..., qui habitait Bruxelles depuis quelque temps, quitta cette ville et se rendit

à L... avec le projet bien arrêté de mettre le feu à la maison de son oncle et ancien tuteur qui tient à L... un magasin de lingeries.

Il s'était muni à cet effet d'une bouteille de pétrole. En pénétrant dans le magasin de son oncle, le prévenu s'approcha rapidement de lui, lui montra un grand couteau qu'il tenait à la main et l'apostropha grossièrement. Puis en présence de son oncle, il prit la bouteille de pétrole qu'il tenait cachée sous ses vêtements et la cassa sur le comptoir; le pétrole se répandit à terre. B... prit alors dans une boîte d'allumettes suédoises la dernière qui y restait, la frotta et quand elle eut pris feu se baissa pour l'approcher du pétrole. L'allumette s'éteignit et B... fut arrêté sans qu'il eût fait une tentative pour fuir.

Le caractère insensé de cette tentative d'incendie et les bizarreries que l'on observa dans la conduite du coupable pendant le cours de l'instruction déterminèrent le tribunal à ordonner une expertise médicale.

Jules B... est né à G... en 1869. Malgré nos démarches, nous ne sommes parvenus à nous procurer aucun renseignement sur les parents. Ils ont quitté la ville de G... peu de temps après la naissance de Jules et ont habité successivement plusieurs autres localités. Le père est mort quand Jules avait 6 ans. La mère est morte trois années plus tard. Ils avaient eu deux autres fils qui sont actuellement encore en vie et bien portants. Il n'y aurait jamais eu dans la famille ni fous, ni épileptiques, ni alcooliques.

Jules fut élevé depuis l'âge de 7 ans dans un orphelinat. Il quitta cet établissement à l'âge de 15 ans. J'ai vu un certificat qui lui a été délivré à cette époque par la Directrice et duquel il résulte que sa conduite a toujours été irréprochable.

Il vint alors habiter chez son tuteur et fréquenta pendant quelques mois le collège des J..., mais il ne tarda pas à abandonner les études et entra comme employé dans une maison de droguerie où il resta pendant quatre ans. Il s'y conduisit à l'entière satisfaction de son maître. De là, il se rend à

Bruxelles où il travaille successivement chez plusieurs droguistes, puis il se fait garçon boulanger, plus tard peintre en bâtiments. Il change de maître au bout de quelques semaines et tous ceux qui l'emploient n'ont cependant qu'à se louer de sa probité et de son zèle. Il va en Hollande où il sert comme domestique dans un couvent. Il revient dans son pays quelques mois plus tard et demande à entrer au service de la Société anti-esclavagiste du Congo. Ses démarches n'ayant pas abouti, il se rend à Anvers et est sur le point de s'embarquer sur un bateau en partance pour la Grèce. Une pièce nécessaire à son engagement ne lui étant pas parvenue à temps, il vend à Anvers tous ses effets et revient à Bruxelles. Il prend le train pour Paris où il arrive avec 10 francs pour toute fortune. Il se rend à pied de Paris à Marseille travaillant en chemin à quelques travaux agricoles pour gagner sa subsistance. A Marseille, il trouve moyen de s'embarquer pour l'Algérie, il y séjourne plusieurs mois travaillant successivement dans une fabrique de pâtes alimentaires, puis comme aide-maçon et terrassier à la construction d'un chemin de fer. Il revient en Europe et après plusieurs pérégrinations en Provence et un pèlerinage à Lourdes, il rentre dans son pays et arrive à Mons où il se fait arrêter comme vagabond. Il est condamné à 3 mois de séjour à Hoogstraeten. Sorti du dépôt, il revient à Bruxelles, végète pendant quelque temps. Après plusieurs tentatives infructueuses pour rencontrer son oncle, il arrive à L... muni d'un grand couteau algérien et d'une bouteille de pétrole et il vient y jouer la scène qui l'a conduit devant la justice.

Le prévenu est un jeune homme assez frêle, mais agile et bien proportionné. Taille : 1^m66. Circonférence crânienne : 54 centimètres. Diamètre transversal maximum : 16 centimètres. Diamètre antéro-postérieur maximum : 18 centimètres. Région occipitale aplatie. Pas d'asymétrie faciale manifeste. Voûte palatine étroite. Implantation vicieuse de la canine gauche. Cheveux noirs, durs, touffus, embroussaillés. Barbe rare. Yeux noirs, mobiles. Regard intelligent, très animé.

Cicatrice adhérente à la région postérieure du cou à gauche de la ligne médiane.

Poitrine bien conformée; membres également développés des deux côtés; aucune anomalie aux organes génitaux.

Depuis son entrée en prison, il s'est toujours montré doux et docile et s'est soumis sans aucune difficulté au règlement. Il passe une partie de la journée à éplucher de la laine. Le reste du temps est consacré à la lecture et à la rédaction de lettres qu'il adresse à différents personnages. A notre demande il nous écrit en plusieurs articles une relation de ses voyages. Ces compositions sont assez caractéristiques. L'orthographe en est absolument rudimentaire; mais à côté de certaines grossièretés ou d'expressions tout à fait triviales, il y a des passages d'un style richement imagé et qui paraissent empruntés à quelque modèle de littérature. Il ne manque pas d'y introduire à l'occasion des mots arabes ou de citer des proverbes orientaux. Malgré les écarts d'une imagination absolument déréglée et des élucubrations d'un mysticisme outré, il s'y montre cependant bon observateur et quelques-unes de ses descriptions dénotent une réelle sagacité.

Il s'occupe aussi de dessiner sur de petits bouts de papier des sujets allégoriques très grossièrement exécutés se rapportant le plus souvent à l'évangélisation du Congo. Il nous montre une grande composition apocalyptique qu'il a dessinée à la plume et qui montre la main de la Vierge Marie écrasant le serpent des mauvaises doctrines qui ont envahi la Belgique représentée par un lion!! Sur un pan de chemise il a dessiné au fil noir une tête de mort qu'il étale bien en évidence sur sa table. Mais toutes ces excentricités sont voulues. Il ne sait pas les faire ou en parler sans en rire et il est impossible de les considérer autrement que comme des gamineries. Il proteste d'ailleurs avec vivacité contre l'idée qu'il puisse être fou. Il plaisante constamment et se montre très insoucieux de son sort. Il vante sa probité et proteste de la pureté de ses mœurs qu'il a su garder intacte malgré les hasards de ses longs voyages. Il avoue cependant

qu'il se livre quelquefois à la masturbation : « Quand le démon de la luxure vient le tenter pendant les ténèbres de la nuit. »

Interpellé au sujet du crime qu'il a voulu commettre, il ne cherche pas à le nier. Il avait bien l'intention, dit-il, de mettre le feu à la maison de son oncle. « Celui-ci ne lui devait plus rien. Il lui avait remis tout ce qui lui était dû ; mais il n'avait pas eu pour lui et pour ses frères l'affection qu'ils étaient en droit d'en attendre. Quand il avait dû s'embarquer à Anvers, c'est par la faute de son oncle que ce voyage avait été arrêté. Son oncle est d'ailleurs un de ces hommes qui ne croient à rien. Il a voulu en lui montrant la mort de près voir quelle serait sa figure. Il méritait une bonne leçon. »

Quand on lui fait observer que les plus graves malheurs auraient pu résulter de sa tentative avortée, il reste d'abord embarrassé, puis finit par répondre : « Oh ! je n'aurais pas laissé le feu se propager. S'il avait pris, j'aurais été le premier à l'éteindre. »

Il est d'ailleurs résigné à supporter les conséquences de son action. Il a consulté le Code. Il sait pour combien de temps il en aura à passer en prison. Après cela, il ne sait pas ce qui adviendra, mais il se tirera toujours d'affaire. Son insouciance est, sous ce rapport, tout-à-fait remarquable. Ce n'est qu'après beaucoup d'insistance que nous parvenons à lui faire dire qu'il regrette ce qu'il a fait ; il ne se rend compte que très imparfaitement de l'étendue de ses torts et ne paraît pas éloigné de dire que c'est son oncle qui est la faute de tout ce qui est arrivé.

Pendant les longues et nombreuses conversations que nous eûmes avec le prévenu nous ne pûmes jamais découvrir aucune trace de délire. Il n'avait ni hallucinations ni illusions sensorielles. Le sommeil était bon, l'humeur toujours égale. Il n'y avait ni tremblement, ni paralysie, ni désordre particulier qui put faire croire à l'existence d'une lésion des centres nerveux.

Nous fûmes d'accord pour reconnaître que le prévenu n'était atteint d'aucune forme caractérisée d'aliénation mentale, mais

que c'était un être déséquilibré, sans jugement et sans consistance, incapable de réflexion et qu'il n'était pas en état d'apprécier complètement la portée morale de l'action qu'il avait commise.

C'est dans ce sens que nous rédigeâmes les conclusions qui furent soumises à la justice. Le prévenu fut condamné à une peine très légère.

DE
LA DYNAMOMÉTRIE
Chez les Aliénés ⁽¹⁾

PAR

Le Docteur ÉDOUARD TOULOUSE,
Médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon.

Les recherches dynamométriques sur les aliénés sont encore peu nombreuses; je ne connais même pas, en France du moins, de mémoires de quelque étendue sur ce sujet. Ce n'est point qu'on n'ait jamais songé encore à relever la force des vésaniques. C'est au contraire un des détails de l'examen somatique que l'on oublie rarement dans les observations complètes de ces malades. Mais ces expérimentations sont restées isolées; et on ne les a pas étendues à un nombre considérable d'aliénés, dans un but de déductions générales.

Il faut dire d'ailleurs que la dynamométrie, comme méthode d'investigation physiologique, n'a pas été très étudiée jusqu'à ce jour. Depuis les travaux de Broca, de M. Manouvrier ⁽²⁾, de M. Féré ⁽³⁾, pour ne citer que les principaux, on a sur elle quelques notions qui, il faut l'avouer, sont assez incomplètes. On peut seulement admettre ceci, que l'acte de serrer un

(1) La substance de cet article a été l'objet d'une récente communication à la Société de Biologie de Paris (séance du 3 juin 1898).

(2) MANOUVRIER, *La fonction psycho-motrice* (*Revue philosophique*, juin 1884).

(3) FÉRÉ, *Sensation et mouvement*.

dynamomètre est au plus haut point une contraction musculaire *volontaire* et que sous ce rapport, sa production nécessite l'exercice du muscle et l'exercice de l'esprit. Ces deux éléments physique et psychique sont là intimement liés, et l'acte qui en résulte est donc nettement d'ordre psychomoteur. On a aussi remarqué que l'intelligence exerçait sur le degré d'énergie de cette contraction une influence presque prépondérante. C'est ainsi que Broca avait, d'après M. Féré, fait une série d'expériences, dont la conclusion était que les personnes, appartenant aux classes libérales où l'on exerce surtout le cerveau, avaient un effort de pression manuelle, plus considérable que les ouvriers qui se servent continuellement de leurs avant-bras. D'autre part, M. Manouvrier a cru remarquer que les nègres avaient en moyenne une pression moindre que les représentants de la race blanche; le même auteur se demande même ⁽¹⁾ si la force de contraction volontaire ne serait pas en rapport direct avec le volume du cerveau.

Il était donc intéressant de rechercher si dans les maladies mentales, où existent des troubles divers des facultés intellectuelles, il y avait aussi des troubles parallèles dans la contraction musculaire volontaire. C'est ce que j'ai essayé d'élucider. Je dirais tout d'abord un mot du procédé que j'ai employé.

Il existe divers dynamomètres. M. Féré en a fait dernièrement construire un qui permet de mesurer la force des mouvements de flexion et d'extention de la plupart des segments des extrémités. Il est certains que ces instruments perfectionnés sont nécessaires pour compléter certaines recherches. Mais j'avais d'abord besoin de quelques renseignements généraux sur la force volontaire de mes malades. Aussi je ne me suis servi que du dynamomètre ordinaire type

(1) MANOUVRIER, *Note sur la force des muscles fléchiss. des doigts chez l'homme et chez la femme* (Associat. franç. pour l'avancem. des sciences. La Rochelle, 1882).

Régnier, qui, tout imparfait qu'il est, pouvait encore me fournir quelques résultats intéressants.

Toutes mes expériences n'ont donc visé que l'exploration des mouvements de flexion des doigts et j'ajouterai qu'en mesurant la force de pression de mes malades, je n'ai guère pu qu'étudier sa valeur quantitative, seul renseignement que donne le dynamomètre. L'analyse de la forme de la contraction volontaire, c'est-à-dire de sa valeur qualitative, demanderait le dynamographe. J'ai laissé de côté provisoirement cette seconde face de la question.

Je n'ai opéré que sur des femmes. Je leur faisais serrer le dynamomètre, en général trois fois de file, et je prenais la moyenne de ces diverses pressions. Au début j'avais eu l'idée de répéter à plusieurs reprises cette triple expérience. Mais je l'abandonnai, car la plupart des malades, comme les gens normaux, ont une contraction dynamométrique qui varie peu. Il était donc inutile de renouveler les essais, d'autant que le procédé étant le même pour tous, les chances d'erreur étaient aussi les mêmes pour tous les cas. D'ailleurs les aliénées, chez lesquelles la contraction variait parallèlement aux changements de leur état mental, ont été soumises à des expériences multiples.

Le nombre des malades que j'ai examinées a été de 263. Je les ai divisées en huit catégories principales, idiots et imbéciles, maniaques, mélancoliques, persécutées, épileptiques, paralytiques générales, démentes, et enfin malades lucides, (dégénérées, hystériques, folies morales, convalescentes). Ce choix m'était dicté par le but de mes recherches; il me fallait un cadre simple et élastique, pouvant contenir les différents groupes d'aliénés d'une façon assez naturelle. J'ai attribué à chacune de ces huit étiquettes un sens très large. Ainsi les persécutées sont toutes les malades chez lesquelles domine l'idée de persécution, systématisée ou non; les démentes celles où l'on constate surtout des symptômes de démence, quelle qu'en soit la nature; les maniaques et les mélancoliques sont celles plongées dans des états d'excitation ou dans des états

de dépression, avec ou sans stupeur, avec ou sans hallucination, etc.

Voici la répartition numérique de mes différents groupes de malades :

43	idiotes et imbéciles.
26	maniaques.
39	mélancoliques.
32	persécutées.
26	épileptiques.
30	paralytiques générales.
36	démentes.
31	malades lucides.

263

Voyons maintenant les résultats généraux de mes expériences. Chez les 263 aliénées, la moyenne de la pression est de :

Main droite.	17,2
Main gauche	16,8

Il y a donc une diminution évidente, si on compare ces chiffres à ceux donnés par les auteurs comme moyennes de la pression chez la femme. Les auteurs indiquent en général pour cette dernière des chiffres variant entre 25 et 35. J'ai d'ailleurs aussi expérimenté le même dynamomètre chez 37 femmes normales adultes, prises comme termes de comparaison et j'ai trouvé :

Main droite	33
Main gauche	28

Il faut noter en outre qu'il y a presque égalité dans les pressions des deux mains chez mes aliénées; phénomène qui d'après M. Féré⁽¹⁾ se rencontrerait dans tous les états de fatigue.

Ces deux caractères généraux, diminution de la moyenne dynamométrique et tendance à l'égalité de la pression des deux côtés, se retrouvent, le premier surtout rigoureusement, dans chacun des huit groupes de malades, que l'on peut

(¹) FÉRÉ. Ouvrage cité.

ranger dans l'ordre suivant, où l'on suit la progression croissante de la force de la contraction volontaire.

	Main droite.	Main gauche.
Démentes	11,8	10,3
Imbéciles et idiots	13,5	13,1
Paralytiques générales	17,4	15,3
Maniaques	17,7	15,9
Mélancoliques	18,1	16,9
Persécutées	20,2	20,0
Épileptiques	22,7	22,0
Malades lucides.	25,2	24,2

Quelles peuvent être les causes de cette faiblesse constante de la contraction musculaire volontaire chez les aliénés?

Tiennent-elles à des conditions physiques ou à des conditions psychiques?

Voyons la première hypothèse. Elle contient une part de vérité. Car d'abord tous les aliénés ont des troubles plus ou moins profonds ou plus ou moins apparents de la nutrition générale : leur état physique est généralement mauvais. Rien d'étonnant donc à ce que tous présentent une diminution de la force de la contraction musculaire volontaire. D'autant plus que ce sont celles qui sont dans les conditions somatiques les meilleures, c'est-à-dire celles que j'ai désignées sous le terme générique de lucides, les épileptiques et aussi les persécutées, ce sont celles là qui ont présenté les moyennes les plus élevées.

Un autre argument peut être encore tiré de ce fait que l'âge, qui est la condition première du bon exercice de toutes les fonctions physiologiques, établit aussi une division entre les moyennes des pressions dynamométriques des malades adultes de 20 à 45 ans de toutes catégories et les moyennes de celles qui ont dépassé cet âge, — ainsi qu'on le voit par le tableau suivant :

	Main droite.	Main gauche.
Aliénées de 20 à 45 ans	18,2	17,0
» au-dessus de 45 ans	15,7	14,7

Cette influence de l'âge se manifeste dans toutes les catégories d'aliénés, ce qui prouve bien qu'elle ne se confond pas avec l'influence de la démence, plus fréquente dans la vieillesse.

	De 20 à 45 ans.		Au-dessus de 45 ans.	
	Main droite.	Main gauche.	Main droite.	Main gauche.
Démences . . .	13,0	12,5	12,4	11,1
Maniaques . . .	18,0	15,9	17,0	15,9
Mélancoliques .	19,1	18,3	15,8	14,0
Épileptiques . .	21,0	21,7	17,6	19,0
Persécutés . . .	21,3	21,5	19,2	18,4
Lucides	26,6	24,5	22,5	23,7

Les idiots et les paralytiques générales que j'ai observées, étant presque toutes au-dessous de 45 ans, ne figurent pas dans ce tableau.

L'âge avancé diminue donc la force de contraction musculaire volontaire, en dehors de tout affaiblissement psychique *marqué*. Je dis *marqué*, parce qu'il est probable que dans la vieillesse il existe ordinairement, même lorsqu'il n'y a pas de troubles mentaux, une diminution de l'énergie intellectuelle. En définitive, la sénilité pourrait tout aussi bien être classée parmi les conditions psychiques de la faiblesse dynamométrique que parmi ses conditions physiques.

Il est difficile d'établir un rapport rigoureusement exact entre l'état anatomique et physiologique des muscles et la contraction volontaire. D'après mes observations, ce rapport, s'il existe, n'est pas constant. Très souvent, en effet, j'ai rencontré une pression élevée formée par des muscles très développés, mais très souvent aussi j'ai rencontré des pressions relativement faibles obtenues avec des masses musculaires assez volumineuses. Je viens d'examiner les deux arguments que l'on peut invoquer en faveur d'une relation directe entre l'état physique et l'énergie psycho-motrice, soit l'influence de l'âge avancé bien que d'une interprétation équivoque, et la progression dans les maladies mentales de la force dynamométrique en raison inverse de l'étendue des désordres somatiques. Mais cette dernière proposition n'est vraie que d'une

façon générale et souffre quelques exceptions. Ainsi les imbéciles et idiots adultes sont la plupart d'aspect assez robuste et cependant elles occupent l'avant dernière place dans le bas de mon échelle dynamométrique.

Si donc on peut admettre une certaine influence, difficile à préciser, des bonnes conditions somatiques sur la force de la contraction volontaire, on doit aussi désirer une autre explication des résultats de mes expériences. Or, la contraction volontaire étant un acte à la fois physique, puisqu'il nécessite les changements de volume du muscle, et à la fois psychique, puisqu'il est la manifestation d'une volition, il était naturel de rechercher du côté des désordres mentaux les causes générales des phénomènes que j'avais observés.

Je me suis tout d'abord demandé si la forme du délire gai ou triste, ambitieux ou de persécution, exerçait une influence constant sur la force de pression. Il ne paraît pas en être ainsi, ou tout au moins à un point de vue général, car on verra plus loin que la nature et la direction des idées peuvent modifier, mais d'une façon particulière et chez certaines malades, l'énergie de la contraction volontaire.

Il semblerait *a priori* que les délires où prédominent les phénomènes d'excitation devraient augmenter la puissance de la pression volontaire, et que ceux où apparaissent surtout les phénomènes de dépression devraient inversement l'abaisser. Mais nous constatons que les maniaques ont une moyenne dynamométrique à peu près égale et même inférieure à celle des mélancoliques. Les premiers marquent en effet pour chacune des deux mains 17,7 et 15,9; et les seconds 18,1 et 16,9.

En observant attentivement mes malades, j'ai cru comprendre la raison de ces résultats quelque peu paradoxaux au premier abord. Ce qui paraît augmenter ou diminuer l'énergie de la motricité volontaire, c'est en dehors des autres conditions physiques, le degré de l'attention dont sont capables les malades. L'attention en définitive consiste dans la représentation de l'acte à exécuter ou de la sensation à percevoir.

Or dans la pression volontaire du dynamomètre, le sujet doit faire appel à ses images motrices qui déterminent la contraction brusque et forte des fléchisseurs de l'avant-bras. Plus l'attention, c'est-à-dire dans ce cas la représentation de cet acte moteur sera intense, plus l'énergie de la contraction sera grande.

Dans toutes les maladies mentales, comme dans tous les états de fatigue, de neurasthénie, etc. l'attention est diminuée. C'est pour cela que les moyennes de mes différents groupes de malades, y compris les lucides, sont si basses. Mais de même que cette diminution de l'attention a des degrés, de même la diminution de la contraction volontaire a aussi les siens. Ces deux phénomènes paraissent avoir une marche parallèle.

Ainsi s'explique l'échelle progressive que j'ai construite avec les chiffres obtenus dans mes diverses expériences. Au bas tout à fait, se trouvent les démentes avec 11,3 et 10,3 et les idiots et imbéciles avec 13,5 et 13,1.

Toutes ces malades sont les plus déchues intellectuellement; l'attention chez elles est réduite à son minimum. Remarquons que les démentes sont encore plus faibles que les idiots, parce que la sénilité physique est chez elles une cause de plus de l'abaissement de l'énergie des contractions musculaires. Notons encore que ce sont les plus démentes et les plus idiots qui serrent le moins fort. Ainsi les imbéciles marquent 15,5 pour les deux mains, tandis que les idiots proprement dites ne marquent que 11,6 et 10,7, c'est-à-dire ont à peu près les moyennes des démentes.

Au-dessus de ces malades et relativement loin d'elles, sont, se tenant de près, les paralytiques générales, les maniaques et les mélancoliques. Chez toutes celles-là, l'attention est encore profondément atteinte, soit par la démence de la paralysie générale, soit par l'état d'excitation et d'incohérence de la manie, soit par la dépression physique ou au contraire le délire absorbant de la lypémanie.

Il est bon de faire remarquer que si les paralytiques

accusent encore une moyenne élevée relativement à leur état mental, c'est probablement dû à leur vigueur d'adultes, et aussi à ce fait que je n'ai choisi comme démentes que des femmes nettement déchues intellectuellement, tandis que mon groupe de paralytiques renferme des malades de toutes les périodes, et sur le nombre certaines dont l'intelligence est encore assez conservée.

Les maniaques, on l'a vu, ont une pression à peu près égale à celles des mélancoliques. Chez elles, l'attention est aussi considérablement lésée. Gesticulant, criant, parlant sans cesse, ces malades sont incapables de se fixer un certain temps sur un sujet. Il n'est donc pas étonnant qu'elles ne puissent serrer énergiquement le dynamomètre dans un effort volontaire soutenu. On le leur met dans la main au moment de leur plus grande excitation, et on est tout étonné, quand on arrive à le leur faire serrer, ce qui est parfois impossible, on est tout étonné de lire des chiffres peu élevés, sans aucun rapport avec leur exubérance. Mais que l'on soit assez heureux pour glisser dans sa main le dynamomètre au moment précis où le malade la serre dans un moment de fureur et d'une façon nullement délibérée ni voulue, on sera quelquefois frappé du chemin que parcourt rapidement l'aiguille. C'est qu'il ne s'agit plus là de mouvement volontaire nettement prémédité; on a affaire à une contraction musculaire, en quelque sorte automatique et inconsciente. J'ai vu des femmes très excitées et peu vigoureuses extérieurement atteindre les chiffres de 35 à 40. Ainsi une paralytique générale, en état d'excitation maniaque depuis plusieurs mois et très affaiblie physiquement, qui marquait ordinairement 15 au dynamomètre, atteignit un jour, dans un moment de fureur, le chiffre de 38.

Les mélancoliques ne sont guère supérieurs dynamométriquement aux maniaques. Chez eux, ce qui trouble l'attention volontaire, c'est tantôt la prostration, la stupeur, tantôt au contraire l'anxiété. Toujours concentrés dans leur délire, ils se prêtent assez mal aux expériences auxquelles on désirerait les soumettre, et leurs pressions ne sont guère énergiques, puisqu'elles n'atteignent que 18,1 et 16,9.

Assez loin de tous ces malades et formant une troisième classe, sont les persécutées et les épileptiques. Les unes et les autres sont beaucoup plus lucides et capables d'attention que les précédentes aliénées. Mais il faut encore noter que dans mon groupe de persécutées j'ai rangé toutes sortes de malades à idées de persécution, dont quelques-unes se rapprochent par certains caractères somatiques et par leur état de concentration délirante aux mélancoliques placées après elles dans mon échelle dynamométrique. Aussi est-il naturel qu'elles marquent 20,2 et 20. Tandis que les épileptiques, toutes assez lucides, en dehors de leurs crises d'excitation, atteignent des chiffres plus élevés, 22,7 et 22.

Enfin au sommet de cette échelle sont placées les malades tout à fait lucides, des dégénérées, des hystériques, des folles morales, des convalescentes, toutes personnes qui, bien qu'inférieures aux gens normaux sous le rapport de l'attention, sont cependant en cela bien au-dessus des autres malades.

Ce qui semble donc, en dehors des conditions physiques, dominer l'énergie de la contraction musculaire volontaire, c'est le degré de l'attention volontaire. La couleur et la tendance du délire, sa forme exubérante ou déprimante, n'ont qu'une importance secondaire, tandis que le symptôme vésanique qui est le mieux à même de diminuer l'attention du malade a une influence capitale. Aussi ce symptôme prépondérant varie-t-il. Dans la manie c'est l'excitation; dans la mélancolie c'est la dépression, dans l'imbécillité, la démence et la paralysie générale c'est la faiblesse congénitale ou acquise des fonctions intellectuelles; chez les persécutés, la fixité des idées délirantes et l'intensité des hallucinations; dans l'épilepsie, l'état de mal ou la manie comitiale, qui tous, diminuant l'attention, abaisse l'énergie psycho-motrice. J'ai donc bien raison de dire que la forme du délire n'a pas grand effet sur la puissance de la contraction volontaire, puisque ses deux aspects différents, l'excitation et la dépression, ont les mêmes résultats, l'une dans la manie et l'autre dans la mélancolie.

Je me crois donc autorisé à formuler cette première proposition : En dehors des conditions somatiques, dont la part d'influence est difficile à déterminer, la grande cause générale de la diminution de l'énergie de la contraction volontaire chez les aliénés, c'est l'affaiblissement de l'attention volontaire et par suite les symptômes, différents pour chaque groupe d'affections mentales, qui tendent à produire cet affaiblissement.

Je dirai maintenant quelques mots sur les causes secondaires qui paraissent influencer aussi sur l'énergie psychomotrice.

J'ai noté plus haut que l'effet de la forme délirante était primé, en général, par l'action prédominante du degré de l'attention. Cependant il est parfois possible de constater, chez les mêmes malades, des variations de la force de pression parallèlement à l'évolution de leur état mental ou de leurs idées délirantes. Aussi j'ai observé des circulaires, chez lesquelles existait une augmentation ou une diminution de l'énergie psychomotrice, suivant que la malade était excitée ou déprimée. Quelques aliénées qui avaient un délire expansif, des paralytiques générales manifestant des idées ambitieuses et aussi quelques persécutées dans la phase mégalomaniaque, m'ont paru avoir une contraction musculaire plus élevée au moment où elles exprimaient ces conceptions exubérantes. Au contraire, certaines dégénérées ont présenté, alors qu'elles manifestaient des idées de découragement, de dégoût de la vie, une diminution de leur force.

Mais ces faits ne peuvent être généralisés; en outre il faut, pour qu'ils soient susceptibles d'être constatés, des sujets d'une sensibilité particulière. S'ils étaient contrôlés ils confirmeraient l'hypothèse de Féré, que la sensation de plaisir se résout dans une sensation de puissance et la sensation de déplaisir dans une sensation d'impuissance.

J'ai cherché aussi l'influence que pouvaient avoir les hallucinations sur la variation de l'énergie psychomotrice et n'ai point eu de résultats positifs.

Le caractère impulsif des malades paraît avoir un certain effet sur la force de la contraction volontaire. Les maniaques

qui étaient ordinairement sujettes à des moments de colère subite, serraient en général davantage. On a vu que les épileptiques, qui sont la plupart des impulsifs, ont une pression dynamométrique assez élevée.

Un fait encore intéressant à signaler c'est que dans certaines formes de stupeur simple sans délire, rattachables à la confusion mentale, les pressions étaient fort inégales. Si je me contentais de mettre l'instrument dans les mains du sujet, en le priant simplement de serrer, l'aiguille ne dépassait pas cinq divisions. Mais si j'ordonnais avec insistance à la malade de presser vigoureusement, chacune de mes injonctions orales poussait en quelque sorte l'aiguille, qui atteignait souvent un chiffre assez élevé.

De même dans deux cas de confusion mentale avec bavarage et incohérence complète, j'obtins par le même moyen des pressions d'une certaine puissance. Les malades de ce genre sont par eux-mêmes, étant donné le désarroi de leurs pensées et leur défaut de synthèse mentale, incapables de vouloir fermement un acte, mais ils sont au contraire très aptes à obéir aux idées qu'on leur suggère.

Il y a chez eux un degré considérable d'automatisme physiologique, qui explique la fatalité avec laquelle on leur fait exécuter certains actes, tout comme parfois on fait garder à leurs membres des positions fixes, phénomène que l'on a décrit dans ces temps derniers sous le nom de catatonie.

En résumé, il ressort de mes expériences que, certaines conditions somatiques mises à part, la cause principale et constante de l'affaiblissement de l'énergie de la contraction musculaire volontaire est la paresse de l'attention, qui se trouve réalisée dans tous les états psychopathiques et, en suivant un ordre indiquant la progression croissante de ce désordre psychique, dans les états de faiblesse congénitale ou acquise du cerveau (démence, idiotie, imbecillité, paralysie générale) dans les vésanies à délire diffus (manies, mélancolies), et plus systématisés (délires de persécution), enfin dans des états où la lucidité des malades est en général consi-

dérable (épilepsie, dégénérescence mentale, folie morale, etc.). Les maladies mentales forment ainsi trois grandes groupes assez naturellement constitués et dont l'élément de classification est fourni par l'intensité de la lucidité et de l'attention, qui vont d'habitude parallèlement.

Après cette cause générale et constante, on peut faire intervenir, comme conditions d'affaiblissement de l'énergie psychomotrice, la dépression psychique et les délires tristes, et comme conditions d'augmentation de cette même faculté, une légère excitation mentale, les délires gais et exubérants, le caractère impulsif des malades, et enfin, mais d'une manière toute relative cependant, l'automatisme psychologique, assez fréquemment observé dans des formes vésaniques à type de confusion mentale.

Formulées ainsi et avec les réserves faites, les conclusions que j'ai cru devoir tirer de mes expériences me semblent être l'expression de la vérité. Le rapport de l'énergie psychomotrice et de l'attention surtout me paraît devoir être admis, malgré que cette notion m'ait été fournie par des expérimentations qu'on trouvera peut-être peu nombreuses et poursuivies avec des appareils très simples.

ANALYSES D'OUVRAGES.

DE LA DÉGÉNÉRESCENCE DE L'ESPÈCE HUMAINE, SA DÉFINITION,
SES ORIGINES, par le D^r LEGRAIN.

Analyse par le D^r DE BOECK, membre titulaire.

Le D^r Legrain s'est proposé de publier une série de travaux sur la dégénérescence. L'article qu'il m'a été donné d'analyser sert d'entrée en matière; l'auteur s'y occupe d'établir la définition de la dégénérescence et les causes qui la déterminent.

« Il existe, » dit-il, « des êtres qui, porteurs d'une tare intellectuelle, héréditaire ou acquise, possèdent, cliniquement, une physiologie pathognomonique de leur état et que l'on retrouve communément avec les mêmes caractères chez tous les êtres porteurs de la même tare. Cette physiologie spéciale, ce stigmate indélébile d'une constitution cérébrale malade, comprend comme base un état mental caractérisé par un abaissement du taux de l'intelligence ou par une désharmonie des fonctions intellectuelles, base sur laquelle peuvent se développer des états psychopathiques surajoutés, des états d'aliénation proprement dite, des délires qui empruntent au substratum mental un cachet propre à en faire reconnaître l'essence. Telle est la définition clinique du dégénéré. Mais qu'est en soi la dégénérescence? »

Pour Morel c'est un état pathologique, un état malade qui exclut la possibilité d'une continuité ou d'un progrès de l'espèce.

Tout en admettant cette manière de voir, l'auteur ne peut admettre la thèse de Morel sur l'origine de la dégénérescence humaine. Ce n'est pas, comme celui-ci l'a dit, la déviation du type normal, une déviation malade d'un type primitif. C'est là une théorie théiste que vient renverser ce que nous connaissons de l'histoire évolutive de l'homme et de la nature pathologique des états dégénératifs.

Il est en effet possible de concevoir l'état de dégénérescence d'une façon absolument scientifique, en se plaçant au double point de vue de l'histoire évolutive de l'homme et de la nature pathologique des états dégénératifs. Nous dirons alors que la dégénérescence est un

mouvement de progression en arrière d'un état plus parfait vers un état moins parfait.

Les causes dégénératives peuvent attaquer l'homme en un point quelconque de son évolution vers le mieux. La comparaison s'établit entre deux types : le type dit dégénéré et les types qui l'ont immédiatement précédé, quels que soient ces derniers.

Le dégénéré n'est pas un type régressif. La régression n'est en effet que le recul vers un état ancestral; la dégénérescence au contraire est toujours un mouvement de progression, mais dans le sens d'une perfection s'amoindrissant sans cesse pour des causes pathologiques, vers un but qui n'est autre que l'extinction de l'espèce.

En résumé : la dégénérescence est l'état de l'être qui, comparativement à ses générateurs, est amoindri dans sa résistance psychophysique. Cet amoindrissement qui se traduit par des stigmates indélébiles est essentiellement progressif : il aboutit plus ou moins rapidement à l'anéantissement de l'espèce.

Quelles sont les causes de la dégénérescence?

Elles sont multiples et complexes; énumérer les causes des dégénérescences, c'est refaire l'histoire de l'humanité, de ses luttes, des maux qui la frappent, énumérer les conditions géologiques, géographiques, telluriques, climaturiques défavorables, les causes mêmes de la maladie; les guerres, la famine, le surmenage, les excès d'une civilisation avancée, les poisons sociaux et tant d'autres qu'il est trop long d'énumérer ici.

Parmi les causes les plus importantes, signalons les influences héréditaires; non pas que la dégénérescence soit toujours héréditaire; elle peut être acquise; mais il existe entre ces deux variétés de dégénérescence une différence capitale.

Le dégénéré sans hérédité peut conserver l'aptitude à reproduire et il ne reproduit pas fatalement un dégénéré. Au contraire le dégénéré héréditaire, celui qui synthétise les influences dégénératives lentement et progressivement transmises par une longue suite d'ancêtres, reproduit fatalement un autre dégénéré.

Les causes acquises de dégénérescence sont nombreuses; elles sont aiguës comme les maladies du fœtus par exemple; les affections infectieuses du jeune âge plus au moins aiguës ou bien chroniques, comme la misère physiologique, l'alimentation défectueuse du premier âge, l'éducation mal dirigée. Souvent elles frappent l'individu dans l'âge adulte et comprennent surtout alors les professions insalubres, les intoxications, ou bien des facteurs frappant la collectivité humaine, les famines, les disettes.

Je ne donnerai pas d'appréciation sur le travail de M. Legrain; ce

serait prématuré; ce travail n'est qu'un premier jalon d'une suite de travaux qui vont suivre. Je dirai néanmoins que je l'ai lu avec beaucoup d'intérêt et n'ai cru pouvoir mieux faire pour vous en donner une idée que de vous en faire un compte rendu assez long en tenant compte le plus possible de la rédaction de l'auteur.

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'HÉMICHORÉE ESSENTIELLE,
par le D^r LEGRAIN.

Analyse par le D^r DE BOECK, membre titulaire.

L'hémichorée essentielle est rare, au point même que J. Simon a pu prétendre qu'elle n'existait pas, qu'elle n'est jamais qu'apparente : en réalité les spasmes dominent d'un côté du corps, mais existent des deux côtés.

Le cas observé par l'auteur vient contredire cette manière de voir. Son intérêt réside dans la limitation exacte, anatomique des symptômes à la moitié droite du corps, limitation qui pouvait faire songer à l'existence d'une lésion cérébrale; dans la constatation de troubles sensitifs variés et dans une diminution appréciable de la faiblesse musculaire du côté atteint.

REVUE DES JOURNAUX.

Contribution à l'étude anatomique des vaisseaux des ganglions cérébraux, par A. KOLISKO (*Neurol. Centralbl.*, 1892).

L'auteur s'est proposé de vérifier les résultats obtenus par Heubner; il a voulu voir comment se fait l'irrigation de la partie postérieure de la capsule interne; quel est le rôle de l'artère choroïdienne antérieure et étudier de plus près les petites artérioles qui partent de l'hexagone de Willis pour aller aux ganglions cérébraux.

1. De l'artère cérébrale antérieure partent en général deux branches, parfois une seule de calibre plus fort; elles en naissent avant et après l'artère communicante antérieure, retournent vers l'hexagone et suivent une direction parallèle à celle de l'artère cérébrale antérieure jusqu'à la lame criblée antérieure; elles y pénètrent dans le cerveau et se rendent sans exception à la partie postérieure de la tête du noyau caudé, à la portion antérieure de la capsule interne et à la partie antérieure du segment externe du noyau lenticulaire.

Duret avait signalé déjà le trajet rétrograde de ces artérioles; il faudrait en voir la cause, dit l'auteur, dans le mode de développement des lobes cérébraux.

Il est évident que cette particularité dans le cours de ces artères doit avoir certains effets sur la circulation des parties auxquelles elles se rendent; un seul exemple: la fréquence des foyers de ramollissement dans les portions du cerveau irriguées par ces artérioles.

2. De l'endroit où la carotide se bifurque, du tronc de l'artère cérébrale antérieure, des premières portions de l'artère cérébrale moyenne, de l'origine de l'artère communicante postérieure et choroïdienne antérieure partent de nombreuses artérioles remarquables par leur extraordinaire finesse et qui se rendent toutes au genou de la capsule interne et à la partie antérieure des deux segments internes du corps lenticulaire.

Les artérioles qui partent du tronc de l'artère cérébrale moyenne ne se rendent qu'aux portions tout à fait supérieures de la capsule interne; l'artère cérébrale antérieure irrigue les portions inférieures de la partie antérieure de la capsule interne, l'artère choroïdienne

antérieure les portions profondes de la partie postérieure de la capsule interne.

4. L'auteur a étudié avec beaucoup de soin l'artère choroïdienne. Il divise le territoire qu'elle irrigue en deux portions, l'une périphérique, l'autre centrale. Signalons tout spécialement dans la première la circonvolution en crochet et les bandelettes optiques, qui peuvent ainsi devenir le siège de foyers de ramollissement par suite de troubles circulatoires dans l'artère choroïdienne antérieure; des troubles de la vue et de l'odorat en constituent les symptômes.

Le territoire central comporte les portions profondes de la portion postérieure de la capsule interne, la substance blanche située en arrière de la capsule interne, le segment interne du noyau lentillaire.

Les troubles circulatoires qui se produisent dans l'artère choroïdienne ont donc pour conséquence : l'arrêt des transmissions motrices dans le tiers moyen de la capsule interne (nerfs crâniens et faisceau pyramidal), l'arrêt des transmissions sensibles (tiers postérieur de la capsule interne), l'arrêt des transmissions visuelles (substance blanche postérieure à la capsule interne).

5. Une forte branche fournie par l'artère communicante postérieure irrigue le tiers antérieur des plans profonds de la capsule interne et la portion antéro-interne de la couche optique. Duret lui a donné le nom de artère optique interne et antérieure, l'auteur le nom de artériole de Duret. L'artère communicante postérieure étant peu développée, la quantité de sang fournie est trop minime; cette portion de la capsule interne au lieu d'être irriguée par l'artériole de Duret l'est par l'artère choroïdienne antérieure.

6. On rencontre parfois des infiltrations hémorragiques dans les ganglions cérébraux sans qu'il ait obturation des artères terminales; elles sont dues à un affaiblissement du cœur et à un arrêt consécutif de la circulation dans ces ganglions. Il en résulte la production de processus anatomiques anormaux et une perméabilité morbide des vaisseaux qui se traduisent par de l'apoplexie lorsque le cœur reprend sa vigueur.

J. D. B.

Du mode de terminaison des nerfs sensibles dans l'encéphale,
par H. HELD (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, 1892).

Recherches faites sur des fœtus humains de 32 à 35 cm. de long, des jeunes chats et des embryons de poulet de 10 à 15 jours d'incubation. Méthode rapide de Golgi.

La racine sensible commence au nerf vague et au glosso-pharyngien, se divise comme les racines spinales postérieures en deux

rameaux, l'un ascendant, l'autre descendant. A angle droit partent de ce dernier de nombreuses fibres collatérales qui vont se terminer par des arborisations dans l'*alea cinerea*.

Les cellules ganglionnaires du noyau antérieur du nerf acoustique se terminent par des arborisations analogues à celles qui ont été décrites dans le bulbe olfactif. Les prolongements axiles vont au corps trapézoïde et se terminent les uns par des arborisations dans l'olive supérieure du même côté ou du côté opposé, d'autres dans le ruban de Reil contralatéral après avoir donné des fibres collatérales à l'olive supérieure. Ils en abandonnent également dans leur trajet le long du ruban de Reil et se terminent par des arborisations dans le tubercule quadrijumeau postérieur. Les stries acoustiques relient le tubercule acoustique au tubercule quadrijumeau postérieur de l'autre côté; elles se terminent en partie dans le tubercule acoustique et tirent ainsi partiellement leur origine de masses grises situées plus en avant.

Le rameau vestibulaire de l'acoustique se divise en arrière du corps restiforme en une branche ascendante et une branche descendante. La branche descendante est la racine ascendante de l'acoustique de Roller; la branche ascendante se termine dans le noyau postérieur de l'acoustique, dans le noyau vestibulaire principal et dans le noyau de Deiters.

La branche descendante du trijumeau n'est que ce que l'on dénomme communément racine ascendante du trijumeau; les fibres collatérales qui en partent se terminent en fines arborisations autour des cellules ganglionnaires de la substance gélatineuse.

J. D. B.

Recherches expérimentales sur le trajet des fibres centripètes dans la moelle épinière, par BERDEZ (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1892).

Examen de la moelle épinière de cochons d'Inde; 21 à 35 jours auparavant on avait sectionné les racines à différentes hauteurs. Méthode de Marchi et Algeri.

1. Les fibres longues du cordon de Goll sont en grande partie la continuation directe de fibres des racines postérieures. A mesure qu'elles s'élèvent dans la moelle, elles abandonnent en grand nombre le cordon postérieur, quelques-unes seules le parcourent dans toute son étendue depuis la queue de cheval jusqu'au noyau bulbaire du cordon postérieur.

2. La portion interne du cordon postérieur n'est pas exclusivement composée de fibres radiculaires. Le territoire qui borde le

sillon dorsal paramédian reste également intact et ne présente aucune trace de dégénérescence lorsqu'on sectionne les racines des nerfs rachidiens. Ce qui démontrerait, d'après l'auteur, que les filets nerveux qu'on y trouve émanent de la substance grise et non des racines nerveuses.

3. L'auteur a rencontré des fibres atteintes de dégénérescence dans le cordon antéro-latéral; elles sont moins nombreuses que dans le cordon postérieur. La lésion était la même des deux côtés, mais semblait prédominante cependant dans le cordon contralatéral.

Il y avait dégénérescence du cordon cérébelleux direct; cette dégénérescence était excessivement prononcée.

4. Comme Kölliker et Remon y Cajal, l'auteur a constaté la présence dans le cordon postérieur de fibres descendantes. Il en existe aussi dans le cordon latéral; elles dégénèrent à la suite de la section des racines postérieures.

J. D. B.

*Sur la destruction de la glande pituitaire par G. VASSALI et
ERCOLE SACCHI (Rev. sper. di freniatria, 1892).*

Les auteurs ont réussi à détruire partiellement ou en totalité par la voie buccale, l'hypophyse chez les chiens et les chats et à soumettre ainsi cet organe obscur à l'expérimentation. Nous laisserons de côté bien des détails intéressants pour nous tenir aux phénomènes pathologiques que présentent ces animaux après destruction complète de l'hypophyse. Les animaux étaient complètement abattus, apathiques; ils se laissaient faire comme on voulait tandis que dans d'autres circonstances ils auraient résisté violemment. Successivement se sont présentées des contractions musculaires fibrillaires et même des contractions très fortes, les pattes postérieures devenaient rigides, le dos se courbait. Souvent la marche est vacillante comme dans l'état d'ivresse; parfois il se présente des accès de contractions toniques et cloniques d'une intensité variable. Plus souvent il y eut des accès de légère dyspnée, des troubles digestifs (le plus souvent de l'anorexie alternant avec un appétit vorace). La polydipsie et la polyurie sont des symptômes presque constants et l'urine est fortement alcaline.

Il y a diminution notable de la température, amaigrissement prompt et progressif, même à des moments où les animaux mangent très bien.

Tous les sujets dont l'hypophyse est complètement détruite, dépérissent promptement même lorsqu'ils n'ont été soumis à aucune opération consécutive. Si la destruction n'a été que partielle, la vie peut se maintenir pendant longtemps.

Les auteurs ne croient pas que la glande thyroïde et l'hypophyse peuvent se suppléer réciproquement dans l'économie animale. Leurs expériences complètent celles de Marinesco en 1892 sur l'extirpation de l'hypophyse.

Contribution à l'étude anatomique et clinique de l'acromégalie,
par MM. CLAUS et VAN DER STRICHT (*Ann. de la Soc. de Méd. de Gand*, 1893).

L'examen des différents organes de notre acromégalique permet de tirer les conclusions suivantes :

1. Les ganglions lymphatiques (du cou) ont subi des modifications profondes. Leur structure est devenue uniforme. Ils ne renferment plus de follicules lymphoïdes. On y rencontre toutes les variétés de globules blancs à noyau unique, à noyau polymorphe et à noyaux multiples, même des mégacaryocytes et des policaryocytes. Plusieurs de ces éléments sont en voie de chromatolyse.

2. Le tissu musculaire strié de la nuque présente les caractères de l'atrophie et de la sclérose. En même temps les noyaux bourgeonnent abondamment et la sarcoplasma subit une dégénérescence vacuolaire et granulo-graisseuse.

3. La glande pituitaire hypertrophiée est atteinte d'un processus de nécrose, aboutissant à la liquéfaction de ses parties constituantes. Les parties qui ont échappé à cette destruction sont formées par un tissu lymphoïde analogue à celui des ganglions lymphatiques du cou. On y trouve également plusieurs mégacaryocytes et des policaryocytes.

4. La glande thyroïde est atteinte à la fois d'atrophie et d'hypertrophie glandulaire ainsi que d'une hypertrophie de la charpente conjonctive accompagnée d'une infiltration lymphoïde.

5. Le foie présente de la dégénérescence graisseuse et de l'atrophie des éléments glandulaires. Dans le tissu conjonctif interlobulaire il existe une légère infiltration lymphoïde.

6. Le rein est atteint d'inflammation parenchymateuse et interstitielle chronique.

7. Il existe une hyperplasie de la pulpe splénique et des follicules de Malpighi de la rate. L'augmentation en volume de la langue est due à une hyperplasie de sa charpente conjonctive.

Au point de vue de l'anatomie normale, nous pouvons ajouter à ces conclusions les détails suivants :

8. Des mégacaryocytes existent normalement dans les follicules clos de la base de la langue de la chauve-souris.

9. Les tubes glandulaires de l'hypophyse de l'homme âgé sont

tapissées de cellules principales et de cellules chromophyles. Toutes les deux sont riches en granulations graisseuses. Il existe des stades intermédiaires entre ces deux formes, il est donc probable que l'une variété engendre l'autre.

10. Les éléments glandulaires de la glande thyroïde normale de personnes âgées sont très riches en granulations graisseuses.

Contribution aux affections des lobes temporaux. Un cas de surdi-mutité. Un cas de lésion du lobe temporal gauche sans surdité verbale chez un gaucher, par G. SEPPILI (Rev. sper. di fren., 1892).

A l'autopsie d'une femme âgée de 43 ans, qui dès son enfance avait été sourde et muette, S. constata dans le cervelet une lésion double et symétrique des lobes temporaux. La première et la troisième circonvolution temporale étaient complètement détruites et transformées en un tissu cicatriciel; la troisième circonvolution temporale, le gyrus supramarginalis et gyrus angularis étaient sclérosés et atrophiés. Les circonvolutions de l'insula étaient en majeure partie détruites à gauche, intactes à droite. La substance blanche du lobe temporal était également réduit à l'état de cicatrice. Les nerfs acoustiques étaient amincis. Le cerveau paraissait normal. L'autopsie explique excessivement bien la maladie d'après les théories qui ont cours.

Chez un pellagreu gaucher, âgé de 67 ans, qui n'avait jamais témoigné un trouble de la parole ou de l'intelligence, S. constata à l'autopsie : dans l'hémisphère gauche et dans le voisinage de la scissure de Sylvius une cavité très étendue et visiblement de date ancienne; les circonvolutions de l'insula ont presque complètement disparu et le plancher de la scissure de Sylvius était formé d'un tissu lisse, solide et d'un blanc sale; la destruction comprend également toutes les fibres de la substance blanche qui venaient de la première et de la deuxième circonvolutions temporales qui à leur tour étaient atrophiées et sclérosées de même que le claustrum et la capsule externe. Les autres circonvolutions et tout l'hémisphère gauche étaient normaux.

Sur un cas de lésion traumatique du trijumeau avec troubles trophiques consécutifs, par MARINESCO et SÉRIEUX (Soc. de Biol., 1893).

MM. Marinesco et P. Sérieux présentent une malade qui s'est tiré, il y a quatre ans, au cours d'un accès mélancolique un coup

de revolver dans l'oreille droite. On constate actuellement : 1° une *paralysie faciale* totale avec réaction de dégénérescence; 2° une *abolition de la sensibilité* au contact, à la douleur et à la température pour la plus grande partie du territoire cutané et muqueux innervé par le trijumeau, avec paralysie du ptérygoidien externe et réaction de dégénérescence du masséter (*la sensibilité à la pression* est conservée; la sensibilité gustative est abolie du côté droit pour la moitié antérieure de la langue); 3° des *troubles trophiques*. La peau, dépigmentée par places, semble infiltrée et épaissie ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané et la muqueuse buccale du côté droit; les poils présentent un développement anormal; la conjonctive est hyperémiee, la cornée est le siège d'une taie, la papille est blanche, la sécrétion sudorale est exagérée; l'os maxillaire inférieur droit est hypertrophié et la moitié droite de la langue atrophiée. La température est abaissée du côté lésé.

Quelle interprétation donner de ces troubles de nutrition et de ceux signalés depuis longtemps dans les lésions expérimentales ou pathologiques du trijumeau. La *théorie* bien connue de *Suellen*, qui attribue les modifications organiques constatées aux traumatismes auxquels ne peuvent se soustraire des parties privées de sensibilité, est infirmée par ce fait d'observations, à savoir, que les troubles dits trophiques se montrent aussi bien quand il y a hyperesthésie qu'anesthésie.

Les troubles vaso-moteurs causés par la section des fibres vasomotrices contenues dans le trijumeau, qu'il s'agisse d'une paralysie des vaso-constricteurs ou des vaso-dilatateurs, ces troubles sont insuffisants pour expliquer à eux seuls les altérations observées.

Les troubles de nutrition sont-ils la conséquence de nerfs spéciaux centrifuges dits trophiques qui, analogues aux nerfs sécréteurs maintiendraient l'équilibre normal des échanges nutritifs?

L'existence de ces nerfs centrifuges est loin d'être démontrée pour les tissus épithéliaux non glandulaires et pour les diverses formes du tissu conjonctif. On peut admettre que les troubles de la sensibilité ont une influence prépondérante dans la production des désordres trophiques. D'ailleurs la lèpre, la syringomyélie, les amyotrophies d'origine articulaire, les arthropathies tabétiques, les lésions du trijumeau, toutes affections caractérisées par des troubles de la sensibilité en plus ou en moins sont aussi des maladies à désordres trophiques. Ces derniers peuvent donc survenir par voie réflexe consécutivement à des lésions des nerfs centripètes. A l'état normal, les centres nerveux manifestent leur rôle trophique sous l'influence des excitations périphériques dues aux modifications résultant de l'action des agents extérieurs (sensations de tact, de

pression, de température, de douleur) et aux processus chimiques de nutrition. Ces impressions sont continuellement transmises aux centres vaso-moteurs, moteurs proprement dits et trophiques (ganglions spinaux et leurs homologues), qui à leur tour, maintiennent dans les tissus l'équilibre des échanges nécessaire à leur intégrité.

Le trouble des rapports entre les systèmes centripète et centrifuge par suite des modifications en plus ou en moins de la sensibilité amène des désordres dans la nutrition. Dans la lèpre anesthésique, par exemple, les impressions thermiques et douloureuses sont abolies, le tonus normal des centres spinaux en est troublé, l'action des vaso-moteurs n'est plus régularisée, et les échanges nutritifs ne sont plus réglés au fur et à mesure des besoins provoqués par l'intervention des excitations périphériques.

Dans l'espèce, les rapports des troubles de nutrition avec l'abolition de la sensibilité sont mis en évidence non seulement par les altérations de la peau et de la cornée, mais par l'hémiatrophie de la langue. Celle-ci se montre bien ici d'origine réflexe et sous la dépendance étroite de l'anesthésie puisque d'une part, le nerf hypoglosse est indemne, et que d'autre part l'hémiatrophie correspond au territoire de la muqueuse linguale privé de sensibilité tactile et gustative.

P. S.

Influence de la fréquence des courants alternatifs sur leurs effets physiologiques, par D'ARSONVAL (Ac. des Sc. de Paris, 1893).

L'organisme peut supporter *sans les sentir* des courants capables de tuer si on en abaissait la fréquence. Les expériences de D'A., d'avril en 1892, ont été complétées et étendues depuis lors. Par un dispositif personnel très simple, il fait passer à travers l'organisme des courants dont la fréquence atteint *un million* d'oscillations par seconde et avec une intensité vraiment surprenante, puisqu'elle dépasse cinq ampères. Quant aux effets physiologiques de ces courants, ce sont :

1. Action nulle sur la sensibilité générale et sur la contractilité musculaire;
2. Suppression de la sensibilité à la douleur aux points où le courant pénètre dans l'organisme;
3. Augmentation considérable des échanges nutritifs se traduisant par une plus grande absorption de l'oxygène et une augmentation de l'acide carbonique exhalé;
4. Pas d'augmentation de la température centrale;
5. Augmentation de la quantité de chaleur perdue par rayonnement;

6. Action vaso-dilatatrice remarquable par tous les vaisseaux, ce qui abaisse la pression sanguine;

7. Possibilité d'allumer entre deux personnes, complétant le circuit, des lampes à incandescence au nombre de sept, sans que ces personnes ressentent la moindre recousse.

Ces expériences sont susceptibles d'applications nombreuses à la thérapeutique. Elles montrent d'une manière frappante quels progrès la médecine est en droit d'attendre de la *physique biologique*, qui doit constituer une branche autonome de la biologie.

Des modifications que subissent les nerfs d'un membre et les portions correspondantes de la moelle après amputation. — Contribution à l'étude des fonctions trophiques des nerfs, par MARINESCO (Neurol. Centralbl., 1892).

L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1. Après amputation d'un membre ou section d'un nerf, on voit se produire des lésions même dans la portion centrale du nerf. Leur degré d'intensité varie dans les différentes espèces animales, dépend de l'âge et de la durée de la survie des animaux.

2. Le nerf subit des altérations analogues à celles que l'on observe dans la dégénérescence Wallérienne; fait étrange puisque la portion du nerf qui dégénère est encore en rapport avec son centre trophique.

3. Il faut chercher la cause première de la dégénérescence dans la rupture des rapports existant entre le centre et la périphérie. L'excitation des terminaisons sensibles d'un nerf détermine dans le ganglion spinal correspondant des modifications biologiques de nature probablement chimique et qui auraient une influence trophique sur les filets nerveux originaires des cellules ganglionnaires.

4. Lorsqu'on a amputé un membre ou qu'on a réséqué le nerf seul, le ganglion spinal ne reçoit plus d'excitations normales, mais bien des excitateurs variables en quantité et en qualité, incapables d'imprimer aux cellules ganglionnaires une activité trophique suffisante. De là la dégénérescence lente et progressive des filets nerveux qui en émanent.

5. Les terminaisons périphériques des nerfs sensibles et notamment les corpuscules du tact de Meissner ne sont pas des centres trophiques pour les nerfs qu'elles terminent. Elles dégénèrent après section du nerf; remarquons cependant que leur résistance est plus grande que celle des plaques terminales motrices.

6. Il est difficile de décrire l'ordre suivant lequel la dégénérescence

affecte les diverses espèces de filets sensibles et moteurs; il dépend de la résistance propre du filet nerveux, résistance qui est en rapport avec l'énergie des échanges nutritifs.

7. Les causes qui déterminent la dégénérescence du bout central du nerf déterminent également des modifications des fibres qui partent du ganglion spinal pour aller à la moelle. Elles s'atrophient.

Pourquoi? pour quel motif ne dégénèrent-elles point? Cette différence s'explique par une différence dans la nutrition, peut-être par l'influence du ganglion.

8. Cependant, quoique les filets nerveux soient altérés, les cellules nerveuses du ganglion spinal paraissent n'avoir pas subi de modifications. Ceci démontre que les centres trophiques (ganglions spinaux) peuvent garder tous leurs caractères anatomiques, bien que les filets nerveux qui en émanent soient complètement transformés.

9. Les altérations observées dans la moelle affectent aussi les territoires moteurs (cellules postéro-latérales de la corne antérieure). Ces cellules s'atrophient; ce qui démontre qu'elles ont une moindre résistance spécifique que les cellules nerveuses des ganglions spinaux.

Dans les cordons postérieurs dégénèrent divers groupes de fibres nerveuses anatomiquement et physiologiquement différents; on en peut conclure que tous les filets sensibles dégénèrent dans le bout central du nerf et non pas seulement ceux qui sont en rapport avec les corpuscules de Meissner.

J. D. B.

Des conditions de la régénération d'un nerf sectionné et de sa restitution fonctionnelle, par LABORDE (Ac. de méd. de Paris, 1893).

Il n'est pas possible, d'après les données physiologiques et expérimentales, d'attribuer au simple affrontement, au contact le mieux établi des bouts d'un nerf divisé, la restitution organique et fonctionnelle de ce nerf, qui serait dès lors immédiate. La régénération des tubes nerveux par le mécanisme du bourgeonnement central et de l'expansion périphérique des nouvelles fibres nerveuses est nécessaire, indispensable pour la restitution organique et fonctionnelle en question. Les conditions diverses relatives soit à la suspension momentanée, soit à la persistance, ou au retour plus ou moins rapide de la sensibilité, trouvent pour une grande part leur explication et leur interprétation rationnelles, conformes aux données physiologiques, dans les éléments suivants :

1° Phénomènes de la sensibilité récurrente; 2° phénomènes d'arrêt fonctionnel sous l'influence du choc traumatique quand il existe; 3° suppléances anatomiques par suite d'anomalies plus ou moins

fréquentes dans la présence et la distribution de branches nerveuses qui ne rentrent pas dans le plan normal; 4° présence de fibres récurrentes non dégénérées dans le bout périphérique pouvant aider à la réparation plus rapide du nerf et par conséquent à une récupération fonctionnelle plus hâtive.

Les phénomènes d'arrêt ou d'inhibition et d'hyperexcitabilité fonctionnelle ou de dynamogénie ne sont pas contestables au point de vue du fait. Ils peuvent intervenir pour l'interprétation physiologique de certaines conditions fonctionnelles, à la suite de sections nerveuses et de l'intervention chirurgicale; mais ils ne sauraient être invoqués pour la compréhension du rétablissement persistant et surtout définitif des fonctions propres des conducteurs nerveux, en dehors de leur régénération.

Les indications et l'efficacité de la suture, qui ne sauraient être contestées, se justifient surtout par les résultats et les déductions tirés de l'observation expérimentale et des données physiologiques.

Contribution à l'étude de l'innervation centrale motrice du larynx, par BELA GAMAN (*Pester med. chr. Presse*, 1892).

Une femme de 51 ans se présente quelques jours après une attaque d'apoplexie. Elle était atteinte d'une hémiplegie droite, d'aphasie et d'aphonie. A l'examen laryngoscopique, on constatait que les cordes vocales étaient en abduction extrême, comme dans l'inspiration profonde et que, dans les efforts d'intonation, elles prenaient la position cadavérique, c'est-à-dire ne se rapprochaient que très peu de la ligne médiane: abandonnées à elles-mêmes, elles revenaient à l'abduction extrême. Au bout de trois semaines, la fonction des cordes vocales était rétablie.

Sans doute, le centre cortical phonateur avait été intéressé. Pour expliquer ce fait que l'aphonie dépendait d'une paralysie double des adducteurs G. propose deux hypothèses: ou bien, on peut supposer qu'à l'instar de ce qui se passe pour la parole, il n'y a qu'un des centres phonateurs qui fonctionne dans les conditions normales, à savoir le centre gauche et que lorsque celui-ci est mis hors d'activité, le centre de l'autre côté le supplée. Ou bien, la lésion du centre gauche a été une lésion de voisinage, tout à fait passagère, n'ayant pas compromis sa fonction d'une manière définitive. X. F.

Contribution à l'étude des troubles de la parole, par PICK
(*Arch. f. Psych.*, 1892).

I. *De la pseudo-aphasie*. — Un malade ne comprend plus l'emploi des différentes choses, ne sait plus quel est leur usage; si ce symp-

tôte est dû à un affaiblissement général des facultés intellectuelles il y a *apraxie*.

Pick donne le nom de *pseudo-apraxie* à un symptôme du même genre, analogue mais d'origine différente.

À diverses reprises un paralytique général d'une intelligence jadis remarquable présenta des symptômes d'aphasie motrice en même temps qu'un symptôme spécial auquel Pick donne le nom de *nachklingen*; c'est une sorte d'écholalie et d'échopraxie. Pendant qu'on examine le malade il donne comme réponses les mots et les gestes qu'il vient de prononcer ou de faire dans une réponse précédente. Ils étaient corrects alors, mais ne le sont évidemment plus.

On pourrait croire qu'il s'agit là de l'apraxie telle qu'on la comprend communément; mais en étudiant le malade de plus près on reconnaît bientôt que ses organes des sens fonctionnent correctement, qu'il reconnaît les objets qu'on lui présente et qu'il faut considérer comme seule cause de cette pseudo-apraxie la persistance d'un acte fonctionnel déjà exécuté.

P. considère ce symptôme comme de nature asthénique, causé par la fatigue du système nerveux; il se base pour appuyer son opinion sur des expériences d'auteurs anglais.

II. *Localisation de l'apraxie (asymbolie)*. — Femme de 27 ans, atteinte de troubles divers qu'il serait trop long de détailler. Disons qu'elle présentait de la surdité verbale, de la cécité psychique, de la paraphasie, de l'hémianopsie homonyme bilatérale droite, des attaques d'épilepsie jacksonnienne.

À l'autopsie l'on trouva : des altérations très marquées de la substance blanche et de l'écorce aux lobes temporaux; on y trouvait de la diminution de consistance, presque de la fluctation; elles sont plus pâles et se distinguent mal l'une de l'autre; leurs limites sont mal définies. Ces altérations sont limitées presque exclusivement aux lobes temporaux, elles se prolongent d'une manière peu prononcée : à droite vers l'insula de Reil, la partie inférieure de la capsule externe et le claustrum; à gauche sur les mêmes portions du cerveau sauf sur l'insula de Reil, et en outre sur la moitié antérieure des circonvolutions occipito-temporales inférieures, de la troisième circonvolution occipitale et la moitié inférieure du pli courbe et du lobule du pli courbe, la paroi latérale de la corne postérieure.

La lésion des deux lobes temporaux explique la persistance de la surdité verbale, mais laisse inexplicquée pourquoi la surdité n'était pas complète. L'hémianopsie s'explique aisément. Mais quelle est la cause de la cécité psychique? La lésion a déterminé un gonflement des plus prononcés et des plus étendus du lobe temporal droit; de là une compression indirecte exercée sur les radiations optiques droites et la production de l'hémiamblyopie contralatérale.

III. *Localisation de la surdité verbale.* — Un homme de 24 ans a été frappé deux ans avant son entrée à l'hôpital d'une légère attaque d'apoplexie avec hémiplegie à gauche et troubles de la parole; quatre ans après, deuxième attaque suivie d'une troisième peu de temps avant l'entrée du malade à l'hôpital.

Au moment de son entrée : affaiblissement intellectuel; allure puérile, caractère pleurard, parésie de la branche inférieure du facial gauche et du bras gauche. Du côté du langage : le malade est à peu près incapable de comprendre ce qu'on lui dit, mais il comprend parfaitement ce qui est imprimé ou écrit, les paroles qu'il prononce, ce qu'il écrit. Il est incapable de lire tout haut un texte, de le répéter ou d'écrire sous la dictée; il est impossible de lui faire copier quelque chose. Il ne comprend plus les mélodies qu'il connaissait fort bien jadis; il est à moitié sourd.

Mort à la suite de maladie de Bright.

A l'autopsie : Les portions supérieures des lobes temporaux paraissent affaissées; elles sont ramollies, à aspect jaunâtre; à droite la première circonvolution temporale, une portion assez étendue de la deuxième circonvolution temporale, tout l'insula de Reil, et de petites portions circonscrites de l'extrémité inférieure de la circonvolution frontale ascendante et de la troisième circonvolution frontale sont transformées en une masse d'un jaune paille, d'une consistance visqueuse; le ventricule latéral est légèrement dilaté, rempli d'une sérosité jaunâtre; on constate le ramollissement jaune de l'écorce et de la substance blanche des circonvolutions signalées lorsqu'on en pratique des coupes frontales; on constate également le ramollissement jaune de la région de l'avant-mur de la capsule externe et du segment externe du noyau lenticulaire.

À gauche il y a ramollissement de la moitié postérieure de la première circonvolution sphénoïdale et du lobule du pli courbe; la capsule externe et les ganglions cérébraux sont intacts.

IV. *Combinaison de difficulté de l'ouïe et de surdité verbale.* — Un malade de 64 ans, à diverses reprises, a été frappé de petites attaques d'apoplexie; degré moyen de démence qui se développe lentement; légère différence dans l'innervation du facial à droite et à gauche. Aux deux oreilles traces d'une ancienne otite moyenne, insuffisantes cependant pour justifier la difficulté des perceptions auditives.

Troubles variables du langage. En général le malade ne parle pas spontanément; il répond par l'interjection « pscht » ou par le sifflement. Il s'exprime plus abondamment lorsqu'il est agité par une émotion quelconque. On constate alors des troubles très prononcés de la perception de la parole et de ce que lit le malade; il est

incapable de répéter ce qui vient d'être dit ou d'écrire sous la dictée. Il lit sans comprendre; il sait copier, parler et écrire spontanément; mais avec quelque peu de paraphasie.

Le malade vit encore.

L'auteur fait observer combien ces symptômes ressemblent à ceux de l'aphasie sensorielle transcorticale.

Ils en diffèrent notamment par l'intégrité de la parole spontanée qui n'est d'aucune façon paraphasique. Cependant la paraphasie existe toujours et très belle dans l'aphasie sensorielle transcorticale.

Il est difficile de donner l'explication de cette différence; d'abord parce que les observations d'aphasie sensorielle transcorticale ne se rapportent qu'à des cas relativement récents, ensuite parce que l'anamnèse est absolument incomplète chez ce malade. Si l'affection existait depuis longtemps l'explication des symptômes serait facile; il suffirait de songer à une atrophie lente et secondaire du centre de la parole. Il semble cependant que ce ne soit point là la seule lésion à considérer, qu'il doit y avoir chez ce malade de l'aphasie motrice; nous savons en effet que, comme lui, les malades atteints d'aphasie motrice peuvent se remettre à parler correctement lorsqu'ils sont en proie à une émotion quelconque.

J. D. B.

Considérations médico-légales sur l'aphasie et d'autres affections de la parole, par MILLS (Rev. of Ins. and nerv. dis., 1892).

Il n'existe que peu de travaux sur l'importance de l'aphasie et des états analogues en médecine légale; au point de vue de la responsabilité et des aptitudes du malade, chaque cas en particulier, il faut l'examiner, tenir compte de l'allure des symptômes, de leur intensité, de leurs particularités. A première vue il est évident que le médecin légiste est appelé à constater la capacité civile d'un aphasique plus souvent qu'il n'a à l'examiner au point de vue de la responsabilité dans une affaire criminelle. Legrand du Saulle a depuis longtemps fait remarquer que par suite de sa faiblesse habituelle l'aphasique n'est que rarement porté au crime. Ordinairement lorsque le médecin légiste est consulté il s'agit d'apprécier la valeur d'un testament.

Il est clair que l'aphasique peut se marier s'il a conservé une dose d'intelligence suffisante pour exprimer sa volonté par gestes.

L'aphasie n'est qu'un phénomène secondaire en médecine légale; le seul point en discussion doit être la valeur intellectuelle du malade.

J. D. B.

De la nature de l'aphasie sous-corticale, par BLEULER (*Neurol. Centralbl.*, 1893).

Dans un travail assez récent sur les aphasies, Freud fait observer que la surdité verbale sous-corticale est probablement due à une lésion bilatérale mais incomplète du centre auditif, peut-être consécutive à des troubles auditifs périphériques. Depuis longtemps l'auteur a acquis la conviction que la surdité verbale sous-corticale ne consiste pas uniquement en un trouble de la perception auditive du mot, mais qu'elle est due à un trouble auditif plus général dont la cause peut être périphérique tout aussi bien que centrale. Il est bien invraisemblable cependant que l'usage auditif du mot parvienne à l'écorce, à la conscience, par d'autres voies que les images produites par toute autre espèce de son.

Les otologistes ont décrit quelques cas de lésion périphérique de l'oreille dans lesquels il y avait difficulté à percevoir nettement les bruits, les sons musicaux et la parole; l'auteur n'en connaît pas qui donnent la démonstration complète de l'origine auriculaire ou acoustique de la surdité verbale.

Il est possible cependant de déterminer une surdité verbale incomplète par des procédés exclusivement physiques. Une personne se trouve dans une chambre séparée d'une autre par un mur peu épais; elle entend les bruits qui se produisent dans cette chambre voisine, perçoit les inspirations profondes, le bruit que font les effets d'habillement que l'on remue, les pages d'un livre que l'on tourne, reconnaît les personnes qui parlent, si elles sont tristement affectées ou si elles sont en colère, mais ne comprend pas un mot de ce qui se dit à moins qu'on ne parle beaucoup plus haut que d'ordinaire. C'est bien là un degré incomplet de surdité verbale.

Il semble donc que les conclusions suivantes soient légitimes.

1. La surdité verbale ne dépend pas nécessairement d'une lésion centrale;

2. Ces troubles de l'ou ie peuvent empêcher de comprendre les mots sans que pour ce motif soit troubl e la perception d'autres modalités du son.

Il y a donc lieu de distinguer une surdité verbale sous-corticale et de la distinguer de la surdité verbale ordinaire.

J. D. B.

Un cas de cécité psychique et d'hémianopsie suivi d'autopsie,
par WILBRAND (*Zeitschr. f. Nervenhe.*, 1892).

Une dame très intelligente mais un peu fantasque avait toujours été bien portante lorsqu'à 63 ans, elle fut prise d'une attaque, perdit

connaissance et présenta pendant plusieurs semaines des symptômes fébriles. Au retour de la conscience elle confond les objets qui l'entourent, prend des animaux pour des êtres humains et ne sait plus ni l'âge qu'elle a, ni l'année où elle vit ni où elle se trouve; elle a perdu toute notion de temps et de lieu, ne reconnaît plus sa propre maison et ne parvient plus à y retrouver les meubles familiers qu'elle connaissait si bien; elle prétend s'y retrouver mieux lorsqu'elle ferme les yeux. Il y a de la confusion dans son esprit, elle est irritable, avoue qu'elle pense « de travers, » qu'elle mène une existence toute mécanique; elle prétend avoir acquis une acuité beaucoup plus grande de l'odorat, souffrir des douleurs subites, « explosives » dans la tête, non accompagnées de sensations auditives mais de sensations lumineuses. L'examen de la vision fit constater l'intégrité de l'acuité visuelle, du fonctionnement des muscles de l'œil, du sens des couleurs et l'état normal du fond de l'œil; mais la malade présente de l'hémianopsie homonyme gauche incomplète et des troubles hémianopiques dans les segments inférieurs des champs visuels droits. Dans la moitié gauche défaillante du champ visuel il y a une zone dans laquelle la malade perçoit la lumière sans reconnaître la forme ni la couleur des objets; dans les autres portions du champ visuel gauche toute perception est absolument abolie. En se servant de verres convexes la malade lit aisément les caractères écrits ou imprimés, elle écrit sans faute sous la dictée mais se trompe souvent lorsqu'elle écrit par elle-même, elle oublie certains mots ou les répète sans motif.

Dix ans environ auparavant elle avait présenté à peu près les mêmes symptômes et avait été frappée d'une attaque d'apoplexie avec perte de connaissance qui avait duré plusieurs heures.

A l'autopsie : Hémisphère droit : dépression profonde du lobe fusiforme qui est transformé en un sac à parois sans résistance. Les circonvolutions occipitales sont rétrécies, le lobe est tout entier déprimé mais il n'est pas ramolli. Diminution de volume bien marquée et ramollissement de la partie postérieure du coin. Légère altération de la substance corticale le long de la fissure calcarine; l'avant-coin, les parties latérales sont normaux.

Hémisphère gauche : Dans les radiations de la seconde circonvolution occipitale, à quelques millimètres de la substance grise, exactement au dessous de la scissure qui sépare la première circonvolution occipitale de la seconde, on trouva une petite cavité bornée en avant par une zone de ramollissement, déjà ancienne. Cette zone se termine en avant par une zone de ramollissement plus récente qui occupe toute la substance blanche centrale de l'hémisphère.

Il y avait ainsi chez cette malade intégrité du centre des percep-

tions optiques à gauche; la malade voyait donc; mais d'autre part il y avait interruption de la plus grande partie des fibres d'association de ce centre (lobe occipital) avec les autres portions du cerveau; d'où la cécité psychique. A droite il y avait destruction du coin et altération de la substance corticale de la scissure calcarine; par conséquent abolition du centre de la perception visuelle à droite; la malade ne voyait pas de l'hémisphère droit. D'autre part lorsque la malade fermait les yeux, la mémoire visuelle réapparaissait intacte; les symptômes du centre psychique étaient donc dus au foyer ancien de ramollissement logé dans le lobe occipital gauche.

Il paraît assez évident que la production des foyers de ramollissement a été simultanée dans les deux lobes occipitaux; l'entourage de la malade raconte en effet que dès le début de la maladie elle avait l'allure d'une aveugle. Cette assertion paraît être en contradiction avec l'intégrité du centre des perceptions visuelles à gauche; la cécité bilatérale s'explique aisément cependant; par compression et arrêt de la circulation dans le voisinage, le foyer de ramollissement ancien a exercé une action d'arrêt sur les radiations optiques qui l'entouraient. Il en est résulté que les excitations lumineuses n'ont plus été transmises de la moitié homonyme de la rétine au centre des perceptions visuelles, ce qui se traduisait cliniquement par la cécité de la moitié droite des deux rétines.

Sans entrer dans plus de détails, nous donnerons les conclusions que l'auteur croit pouvoir tirer du cas qui nous occupe :

1. La cécité psychique ne dépend pas nécessairement d'une lésion de la substance corticale du lobe occipital; elle peut résulter de la destruction de certains faisceaux d'association, être produite notamment par les foyers de ramollissement situés sous l'écorce des premières et deuxième circonvolutions occipitales.

2. Il faut rapporter à une affection des deux lobes occipitaux les symptômes de cécité psychique permanente avec hémianopsie homonyme complète; celle-ci peut être incomplète mais alors le malade ne doit plus percevoir que l'impression lumineuse proprement dite sans percevoir des couleurs.

On rencontre dans ce cas diverses altérations des lobes occipitaux :

- a) La lésion du centre des perceptions visuelles dans un hémisphère plus la lésion du centre de la mémoire des impressions lumineuses dans l'autre hémisphère.

- b) L'existence d'une lésion en foyer qui arrête le fonctionnement des radiations optiques dans l'un des hémisphères et de certains faisceaux d'association dans le lobe occipital de l'autre côté.

- c) Le non fonctionnement par lésion corticale du centre des perceptions visuelles d'un côté et le non fonctionnement de certains groupes de fibres d'association du lobe occipital contralatéral.

3. Il existe des connexions directes entre le centre des perceptions optiques et le centre de la mémoire visuelle d'un même hémisphère.

4. Tout trouble de la mémoire visuelle disparaît chez le malade qui ferme les yeux lorsque dans le cas de lésion bilatérale des centres visuels, le centre de la mémoire visuelle a conservé dans un hémisphère ses relations avec les fibres d'association qui émanent de lui; les excitations parties des autres organes du sens viennentveiller alors les images visuelles; elles réapparaissent pour le malade.

J. D. B.

Contribution à la pathologie de l'arrêt de développement cérébral, par B. SACHS (*The Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1892).

Il existe parmi les troubles cérébraux graves de l'enfance, un petit nombre qui donnent lieu à la forme de l'idiotie la plus grave et qui offre un intérêt spécial. On observe souvent cette forme morbide chez plusieurs enfants de la même famille. Tandis que ces enfants semblent bien se développer jusqu'au cinquième et même jusqu'au huitième mois, il se présente après ce moment un trouble général dans le développement et qui saute aux yeux. Toutes les fonctions cérébrales, sensibles et motrices, diminuent, l'enfant perd son intelligence et sa vue, devient plus ou moins paralysé et tombe dans le marasme après quelques mois. Ces phénomènes précoces, la production simultanée de l'idiotie et de la cécité (l'auteur en a observé six cas) prouve qu'il se produit un processus pathologique à la fois dans les parties frontales, pariétales et occipitales du cerveau.

Dans ces derniers temps l'auteur a eu l'occasion d'observer, dans une famille qui lui avait permis de faire l'autopsie d'un premier cas, un deuxième cas qui à son tour a été étudié au point de vue anatomique. L'enfant s'était bien développé jusqu'à l'âge de huit mois mais rétrograda alors promptement. A ses 13 mois, il ne pouvait plus ni tenir la tête droite, ni s'asseoir; il était aveugle, le réflexe à la lumière manquait; il lui était impossible de distinguer les sons; ses extrémités étaient spastiques; il ne faisait plus le moindre mouvement spontané, etc. Six mois plus tard l'ouïe avait cessé, l'intelligence était nulle. L'enfant est mort à l'âge de vingt mois. A l'autopsie les circonvolutions semblaient normales; il en était de même de la moelle allongée et de la moelle épinière. Par contre les ganglions cérébraux étaient le siège d'une dégénérescence manifeste; il n'y avait aucun travail inflammatoire, les vaisseaux sanguins étaient normaux. L'auteur n'a pu découvrir la moindre cause d'une *ageusis corticalis* (telle que la syphilis, l'alcoolisme, les maladies nerveuses, etc. chez les parents, le traumatisme pendant la grossesse, etc.). La question reste pendante.

J. M.

Contributions à l'étude du sens musculaire, par S. J. PRESTON
(*The Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1892).

L'auteur passe en revue la sensation de la position des membres. Cette sensation est une forme particulière qui diffère des autres formes de la sensibilité et doit posséder une voie conductrice spéciale. P. admet que les fibres spéciales pour la transmission de la sensation de la position montent par les cordons postérieurs et les corps restiformes jusqu'au cervelet. Dans trois cas de tumeurs du cervelet la sensation de la position était fortement atteinte; elle faisait même complètement défaut dans un seul cas, tandis que la sensibilité générale était conservée. Le trajet s'étendrait du cervelet à travers la partie antérieure du tiers postérieur de la partie postérieure de la capsule interne jusqu'à l'écorce cérébrale. Ainsi l'auteur a observé, dans un cas de ramollissement thrombotique de la capsule interne chez un syphilitique, l'absence complète de la sensation de la position dans le côté droit paralysé tandis que la sensation d'autrefois était conservée. Ce n'est qu'après plusieurs mois que le côté paralysé devint le siège d'une hyperesthésie. L'autopsie fit découvrir que le foyer de ramollissement dépassait légèrement le tiers postérieur de la partie postérieure de la capsule interne.

J. M.

Contribution à l'étude du réflexe rotulien, par D. POPOFF
(*Centralbl. f. Nerven- und Psych.*, 1892).

L'auteur décrit deux cas de déviation dans la production des réflexes tendineux. — Dans le premier cas il s'agissait d'une atrophie musculaire typique de l'extrémité inférieure droite à la suite d'une affection du genou; le réflexe rotulien manquait. — Dans le deuxième cas il s'agissait d'une néoformation du corps vitré droit qui s'étendait jusqu'au plancher du quatrième ventricule et même partiellement sur la substance du cerveau moyen. A l'entrée du malade à l'hôpital les réflexes rotuliens se produisaient nettement; ils diminuaient déjà des deux côtés deux semaines plus tard; puis celui à gauche disparaissait complètement, tandis que le réflexe rotulien droit, d'abord diminué devenait exagéré après quarante-huit heures, pour diminuer de nouveau jusqu'à disparition complète.

Se basant sur les faits observés antérieurement et sur les faits actuels, P. déclare que les centres réflexes médullaires sont en connexion intime aussi bien avec les influences qui viennent de la périphérie qu'avec celles qui dérivent des centres corticaux.

P. KOVALEWSKY.

Génie et folie, par MAC DONALD, Clark University, Worcester, Mass. (*Journ. of ment. Science*, 1893).

Étude très fouillée et à lire en entier, des rapports entre la folie et le génie. Nous reproduisons textuellement les conclusions de l'auteur : « Que les faits cités prouvent ou ne prouvent pas que le « génie et la folie appartiennent à la même catégorie, ils indiquent « au moins qu'ils ont des rapports intimes; ainsi, la fréquence du « délire et de l'épilepsie, les nombreux signes de dégénérescence, la « précocité, le caractère mélancolique, le penchant au suicide et la « nature spéciale de l'inspiration font penser que le génie est une « maladie mentale et une dégénérescence. » D^r J. AL. P.

Contribution à la théorie des hallucinations, par CHVOSTEK (*Centralbl. f. Nervenhe. u. Psych.*, 1893).

L'auteur a continué les recherches de Jolly, de Buccola et d'autres sur la réaction électrique chez les hallucinés de l'ouïe. Par le courant électrique (ou en les tenant devant le diapason en action) on ne pouvait pas produire alors des simples sensations de son, mais des hallucinations auditives compliquées lorsque les malades étaient en voie d'halluciner ou peu de temps après la production d'hallucinations spontanées. L'auteur ajoute que ce n'est pas l'action ordinaire du courant électrique qui donne lieu aux excitations anormales dans l'organe central, mais que celles-ci doivent préexister et qu'ainsi le courant peut être utilisé pour la production des hallucinations des sens.

D'après Jolly, les hallucinations peuvent être produites dans le cerveau par le transport réflexe de l'excitation exercée sur les extrémités sensibles du nerf trijumeau, sur les organes centraux du nerf acoustique. Ch. ne partage pas cet avis. Les hallucinations se présentent suivant une certaine loi correspondant à la formule de réaction du nerf acoustique, et ne peuvent être développées par d'autres excitants comme par exemple la pénétration d'une aiguille dans le tragus; il est probable que de simples sensations de sons peuvent être interprétés comme des illusions. Ch. mentionne dans son travail, d'une manière détaillée, toutes ses expériences; il y développe sa théorie en regard de celle de Meynert. J. M.

L'origine toxique de la folie, par TH. KELLOG (*Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1892).

L'auteur, après avoir décrit sommairement les différentes espèces

de poisons qui peuvent contribuer au développement de troubles intellectuels, les divise en :

1° Poisons minéraux (plomb, mercure, arsenic, chloral, brôme, iode, paraldehyde).

2° Poisons végétaux (opium, belladone, chanvre indien, tabac, seigle ergoté, etc.).

3° Alcool et gaz toxiques (éther, chloroforme, oxyde de carbone, acide sulfureux).

4° Fièvres infectieuses, maladies constitutionnelles et autres qui s'y rapprochent (typhus, rougeole, scarlatine, malaria, rhumatisme, goutte, fièvre puerpérale, grippe, cancer, tuberculose, syphilis).

5° Auto-intoxications.

La division des poisons de même que l'énumération des maladies mentales auxquelles ils peuvent donner lieu, et qui appartiennent à la manie ou à la folie hallucinatoire, pourrait donner lieu à des critiques. Le but que l'auteur s'est proposé est néanmoins de toute importance si l'on considère la direction nouvelle et presque chimique des sciences médicales de nos jours.

J. M.

Sur l'action de l'abaissement de la pression atmosphérique sur les aliénés, par KRYPIAKIEWICZ (*Centr. f. Nerv. u. Psych.*, 1893).

L'auteur a la conviction que ni une pression atmosphérique élevée, ni une pression basse n'agissent sur l'aliéné. D'après lui, ce serait, l'oscillation vers le minus qui donnerait lieu dans les asiles à cette modification caractérisée par une insomnie plus prononcée, par une agitation des malades et même par des accidents tels que des accès multiples chez les paralytiques, aggravation brusque et non motivée des malades gravement atteints, l'origine du décubitus mortel, des états spastiques et paralytiques de la vessie et probablement encore des accès apoplectiques accompagnés d'une paralysie de longue durée. Déjà beaucoup de malades offrent cette réaction avant que l'abaissement de température ne soit constatée par l'instrument; d'autres ne réagissent que postérieurement à cet abaissement.

Le contrôle impartial de K. aura à déterminer, si l'accumulation susmentionnée de ces accidents ne se présente pas également lorsque le baromètre marque un état constant.

J. M.

La fréquence des maladies rénales chez les aliénés, par BOURDURANT (*The Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1892).

Des renseignements pris à trente-neuf asiles d'aliénés de l'Amérique ont fait constater que ce n'est que dans un seul de ces établissements qu'on procède régulièrement à l'examen de l'urine au

moment de l'admission de l'aliéné. Dans ce dernier cas on a constaté la présence de l'albumine et des cylindres dans environ la moitié des cas. L'auteur, en examinant l'urine de 1034 aliénés fit les mêmes constatations dans environ 60 % des cas. Dans un grand nombre d'autres cas, il ne trouva ni albumine, ni cylindres. Dans vingt-cinq autopsies pratiquées dans différentes psychoses, il constata des lésions rénales macroscopiques dans les trois quarts des cas. L'auteur ne résoud pas la question des rapports entre l'affection rénale chronique et les psychoses, si les deux constatations sont le résultat d'une intoxication ou si cette dernière est la conséquence de la première.

J. M.

La manie de la jalousie chez l'homme, par VON KRAFFT-EBING (*Jahrb. f. Psych.*, 1892).

L'auteur examine dans quelle maladie psychique et dans quelles conditions il rencontre le symptôme de la manie de la jalousie ou de l'infidélité conjugale. Il constate d'abord qu'il se présente fréquemment dans l'alcoolisme chronique (environ 80% des alcooliques qui sont encore en puissance sexuelle) et il en distingue plusieurs formes. Très souvent ce symptôme maniaque est d'abord quasi isolé; son origine est assez compliquée, mais de temps à autre il est soutenu par des illusions ou des hallucinations; il est très stable. Il existe encore d'autres cas dans lesquels d'autres idées délirantes de la nature des persécutions se présentent en même temps sous forme épisodique et sans qu'elles deviennent systématisées. Une possibilité ultérieure c'est l'adjonction de l'alcoolisme chronique et de son symptôme, manie de la jalousie, à la folie systématique progressive (*paranoia persecutoria*). Enfin la manie de la jalousie, peut encore se présenter dans le délire alcoolique et parfois dans la *paranoia* alcoolique. Von Krafft-Ebing étudie dans son travail les symptômes différentiels de toutes ces formes.

En dehors de l'alcoolisme, la manie de la jalousie est très rare. Parmi des milliers de cas de psychoses que l'auteur a examiné chez l'homme, il ne l'a rencontrée que quatre fois et alors il se trouva devant des affections organiques du cerveau : deux cas d'apoplexie cérébrale, un cas de traumatisme de la tête et un cas d'atrophie sénile.

J. M.

L'importance de la menstruation dans le développement des troubles intellectuels, par VON KRAFFT-EBING (*Jahrb. für Psych.*, 1892).

L'auteur résume les faits déjà connus relativement à l'influence du processus menstruel sur le psyché, sur la transition courante des

phénomènes nerveux ordinaires dans l'état d'aliénation mentale complète, sur la recrudescence ou le passage à l'état aigu des folies chroniques peu intenses au moment de la menstruation, sur les formes de la folie de la menstruation.

Comme suite à ce qui précède, il cite le cas de l'assassinat d'un époux au moment des menstrues. L'auteur du crime, âgé de 22 ans, était sans aucun doute un être incomplètement développé au point de vue intellectuel et moral. Il faut croire qu'au moment où elle étrangla son mari pendant son sommeil, elle se trouva dans un état de dépression mélancolique menstruelle. Pendant la durée du temps qu'elle fut l'objet de l'expertise la prévenue a montré des troubles psychiques à deux périodes menstruelles successives.

Von Krafft-Ebing ajoute à cette relation onze cas médico-légaux empruntés à la littérature médicale. Il en déduit quelques thèses qui le conduisent à des considérations assez développées sur la coïncidence de la menstruation dans les actes criminels. Il en résulte nécessairement que les femmes sont renvoyées des poursuites. Si on ne procède pas à leur collocation, elles devront être l'objet d'une surveillance spéciale aux époques des règles.

Le traitement dans les asiles donne souvent de très bons résultats.

J. M.

Un cas de névrite double du plexus brachial (névrite radiculaire supérieure) chez un phtisique, par HEYSE (Berlin. klin. Wochenschr., 1892).

Un portefaix, âgé de 36 ans, phtisique, gardant le lit à cause d'une hémoptysie, éprouva des douleurs intenses dans la nuque et dans les épaules; après huit jours, il présenta des phénomènes paralytiques du côté du bras droit, puis plus tard, du côté du bras gauche. L'affection présentait tous les caractères de la paralysie bilatérale du plexus d'Erb, avec cette particularité que la partie inférieure du trapèze était également intéressée. La paralysie atrophique du grand dentelé du côté droit qui fut observée chez le patient n'appartient pas non plus au tableau typique de la paralysie d'Erb.

D'après les résultats de l'exploration électrique, il fallait localiser le siège de la lésion au delà de la substance grise des cornes antérieures. En raison de la symétrie des symptômes, on songea à une poliomyélite, mais tous les autres signes excluaient ce diagnostic et faisaient penser à une névrite, névrite radiculaire du plexus brachial. En ce qui concerne l'étiologie, le traumatisme et l'alcoolisme ne pouvaient entrer en ligne de compte. Le processus

phtisique ne pouvait également être invoqué dans l'espèce, bien qu'il entraîne assez souvent de la névrite : En effet, l'état général du malade était encore excellent et la maladie tuberculeuse était à ses débuts. Tout au plus peut-on considérer la phtisie comme ayant joué le rôle de cause prédisposante : la cause occasionnelle serait, d'après l'auteur, le rude travail auquel se livrait le patient; peu de temps avant l'éclosion de sa maladie, celui-ci avait porté des pierres par un fort mauvais temps. Pareil travail met largement à contribution les muscles de l'épaule et des extrémités supérieures.

X. F.

Un cas d'hétérotopie de la substance grise de la moelle épinière,
par KÖPPEN (*Charité-Annalen XVII*).

Les hétérotopies, de la substance grise de la moelle épinière se présentent sous trois formes :

- 1° Sous forme de dédoublement;
- 2° Sous forme d'hétérotopie véritable, c'est-à-dire, présence anormale de substance grise au milieu des différents cordons blancs;
- 3° Sous forme d'anomalie de configuration, la substance grise étant disjointe et séparée en plusieurs îlots irréguliers.

Dans l'observation publiée par K., il s'agit d'un homme de 66 ans, qui, depuis six mois, souffrait de douleurs dans la jambe gauche, d'engourdissement dans la partie inférieure de la moitié gauche de l'abdomen et dans la cuisse gauche. A l'autopsie, on découvrit des enchondromes. La tumeur originaire siégeait à la moitié droite de la mâchoire inférieure.

Dans la région lombaire de l'épine dorsale, il y avait une nodosité métastatique occupant le centre de la vertèbre. Dans la moelle épinière il y avait en deux points, au niveau de la 4^e à la 6^e paire dorsale des modifications de nature congénitale probablement. Ces modifications consistaient dans l'absence, par places, de la substance grise tandis que celle-ci présentait ailleurs un développement anormal. De plus, la forme générale de la substance grise était profondément altérée. En un point, la substance grise d'un côté était divisée en deux masses. Dans la région altérée, les cloisons conjonctives antérieure et postérieure faisaient défaut ou ne présentaient que des vestiges. Les fibres nerveuses avaient un trajet anormal. Enfin, ce qu'il y avait encore de particulier, c'était l'existence de plaques, de travées parcourant toute la substance, l'abondance des vaisseaux, l'épaississement de ces derniers, la formation de lacunes dans la substance blanche comme dans la substance grise.

K. rattache son cas à la troisième forme et pense que la lésion

doit être attribuée à une myélite survenue pendant la vie fœtale, ou peu de temps après la naissance.

Au point de vue clinique, il faut noter que le sujet appartenait à une famille offrant des tares neuropathiques très prononcées.

La formation anormale de la moelle n'avait donné lieu, pendant la vie, à aucun symptôme.

X. F.

La myélite aiguë, par LEYDEN (Deutsche med. Wochenschrift, 1892).

L. n'admet pas de différence essentielle entre la myélite avec ramollissement et la myélite sans ramollissement. Toutefois le ramollissement n'est pas toujours de nature inflammatoire : il peut dépendre de processus nécrobiotiques hémorragiques, de dégénérescences parenchymateuses. Quant à l'extension du processus myélitique, L. admet les formes suivantes :

a) Le foyer inflammatoire s'étend sur la hauteur d'une ou de plusieurs vertèbres et atteint fortement la substance blanche. Suivant le siège du foyer, on devra distinguer la myélite dorsale, cervicale, bulbaire (paralysie bulbaire aiguë).

Il n'y a pas moyen de séparer nettement la myélite diffuse de la myélite circonscrite, parce que cette dernière entraîne également des dégénérescences secondaires;

b) La myélite multiple ou disséminée dont l'histoire est mieux connue au point de vue clinique qu'au point de vue anatomopathologique;

c) La poliomyélite.

L. maintient la division en : a) myélite apoplectique; b) myélite aiguë; c) myélite sub-aiguë qui s'installe brusquement, mais qui n'atteint son plein développement qu'au bout de quelques semaines, après plusieurs poussées.

L'étiologie de la myélite aiguë est très variable. L'auteur signale le traumatisme, les fortes émotions morales notamment la frayeur, des processus périphériques, l'infection, l'intoxication, l'anémie ou la cachexie. En ce qui concerne l'infection, il faut tenir compte de la forme de myélite succédant à la méningite cérébro-spinale épidémique, puis des embolies capillaires liées à une endocardite ulcéreuse, enfin de la syphilis et de la gonorrhée.

Un groupe intermédiaire est formé par les cas de myélite où l'on ne peut déterminer l'étiologie d'une manière précise; il comprend les myélites dites spontanées ou rhumatismales.

X. F.

Sur les symptômes cliniques de la syringomyélie, par H. SCHLESINGER (*Neurol. Centralbl.*, 1893).

L'auteur jette un coup d'œil général sur les symptômes cliniques de la syringomyélie connus jusqu'à ce jour et qui permettraient de diagnostiquer aussi bien la forme typique que la forme atypique.

I. *Type fondamental*. — La maladie siège dans le renflement cervical ou dans la partie supérieure thoracique de la moelle épinière.

a) Atrophie musculaire progressive (type Aran-Duchenne).

b) Troubles de la sensibilité (souvent accompagnés du caractère d'une paralysie partielle de la sensation).

c) Troubles trophiques de la peau, des os, des articulations. Troubles vasomoteurs.

d) Anomalies de sécrétion.

Eventuellement, et d'après l'étendue de la lésion, paralysies de nerfs crâniens, symptômes oculo-pupillaires, troubles de la motilité des extrémités inférieures (parésies spastiques), troubles vésicaux et rectaux.

II. *Déviation du type fondamental*. — a) Symptômes de la sclérose latérale amyotrophique. S. décrit ici le diagnostic différentiel entre les troubles de la sensibilité et les troubles trophiques.

b) Sa combinaison avec d'autres affections médullaires et spécialement avec la dégénérescence des cordons postérieurs, de la myélite et d'une affection systématique combinée.

c) Ses rapports avec la maladie de Morvan. Jusqu'ici cinq autopsies de la maladie de Morvan ont présenté les lésions médullaires typiques de la syringomyélie.

d) Ses rapports avec la maladie de Raynaud. On la rencontre rarement dans la syringomyélie.

e) Ses rapports avec l'acromégalie. Plusieurs observateurs consciencieux ont fait ressortir, dans la syringomyélie bien établie, le développement anormal de parties saillantes du corps; dans un cas d'acromégalie on a constaté la vacuolisation de la moelle épinière.

f) Ses rapports avec l'ostéo-arthropathie hypertrophique pneumonique furent constatés dans trois cas.

g) Ses rapports avec le pemphigus. S. rapporte un cas où l'autopsie a révélé l'existence de la syringomyélie. La formation spontanée de vésicules serait d'après S. un symptôme très fréquent dans cette maladie.

h) Ses rapports avec l'hystérie. Plusieurs cas de syringomyélie ont été confondus pendant la vie avec l'hystérie.

J. M.

Un cas d'athétose complète avec autopsie, par PUTNAM (The Journ. of nerv. and ment. diseases, 1892).

L'auteur a fait l'autopsie d'une fille, âgée de 13 ans, qui souffrait depuis l'âge de 18 mois, d'une athétose grave de tous les muscles volontaires. Le corps était fort amaigri. Le crâne et la dure-mère étaient épais. La pie-mère était congestionnée et très adhérente à l'écorce. Le cerveau fut durci dans son entier. Le durcissement opéré, on constatait l'absence du corps calleux au moment où l'on voulait séparer les deux hémisphères. Le troisième ventricule était libre. Toutefois le long du ventricule latéral on constatait l'existence d'une bande étroite de substance blanche. Les deux bandes étroites étaient réunies à la commissure antérieure à l'aide d'un pont blanc. L'auteur ne croit pas qu'il soit impossible que par l'écartement des hémisphères le corps calleux se soit simplement déchiré. En étudiant la base du cerveau, il constata que le lobe temporal gauche était tellement retiré en arrière que le noyau lenticulaire, fortement ramolli, était à nu. Le plexus choroïdal se trouvait glissé au-dessous. Le pédoncule gauche était totalement dégénéré et séparé presque complètement de la capsule interne; il était comme caséux; ses bords étaient rugueux, inégaux; au toucher il était dur et noueux. Le lobe temporal gauche était le siège d'un abcès contenant pour environ une once de pus; le lobe temporal droit renfermait un petit abcès, de longue date, d'un contenu d'un drachme environ. Le pédoncule droit était ramolli à certains endroits.

J. M.

Maladie des articulations et des muscles dans les hémiplegies cérébrales, par DARKSCHEWITSCH (Arch. f. Psych., 1892).

Sur neuf hémiplegiques, D. a trouvé six fois une affection des articulations et cinq fois des atrophies musculaires. L'affection articulaire ne peut pas être regardée comme une conséquence de l'inactivité, vu qu'elle se montra dans des cas où les phénomènes paralytiques avaient totalement disparu, D. admet l'existence de certains facteurs qui dans l'hémiplegie, agissent directement sur la nutrition des éléments constituant l'articulation et considère cette affection articulaire comme une « arthropathie cérébrale » dans le sens de Charcot. Deux éléments suffisent pour poser le diagnostic de l'affection articulaire : la douleur dans les mouvements; la sensibilité de l'extrémité articulaire de l'os.

Les atrophies musculaires et l'affection des articulations paraissent en relation : en effet, la lésion articulaire peut exister seule,

tandis que dans les cas de l'auteur, l'atrophie musculaire coexistait toujours avec l'affection des articulations.

Les cas d'atrophie musculaire présentaient une série de particularités qui autorisent à en faire un groupe spécial. L'atrophie se caractérisait par son apparition précoce et son développement rapide. Sa progression se fait du centre vers la périphérie, indistinctement sur tous les muscles. Au début, il existe une réaction électrique normale; plus tard, la contractilité baisse, mais il n'y a jamais de trouble qualitatif de la réaction.

Il se peut que les atrophies musculaires de l'hémiplégie dépendent d'une perturbation du rapport normal entre les cellules ganglionnaires des cornes antérieures et les régions correspondantes de l'écorce cérébrale : il est plus probable que ce sont les troubles vaso-moteurs qui jouent le rôle principal. X. F.

Contribution à la pathogénie des paraplégies, par KAST (*Jahresb. d. Hamb. Staatskr.*, 1892).

K. rapporte deux cas de paraplégie intéressants au point de vue de leur pathogénie.

Dans le premier, il s'agit d'une paraplégie, d'abord intermittente, puis continue, résultant de l'ischémie par compression de l'aorte abdominale. En effet, l'autopsie ne révéla aucune altération du côté des muscles, ni des nerfs, ni de la moelle épinière tandis qu'elle fit découvrir une tumeur anévrysmale à la partie supérieure de l'aorte abdominale dont la lumière avait subi un rétrécissement marqué.

Dans le second cas, on a affaire à une *paraplegia gravidarum*. Une femme âgée de 35 ans qui, pendant sa troisième grossesse, avait eu une paralysie des membres inférieurs ayant persisté quatre jours, fut admise à l'hôpital au septième mois de sa grossesse. La veille de son entrée, sans la moindre douleur, s'était développée en quelques heures une paralysie. On constata une paraplégie des deux jambes des muscles du bassin et de la paroi abdominale, des extenseurs du tronc et une parésie des deux extrémités supérieures. En outre, la sensibilité au toucher, à la température, à la douleur était complètement abolie aux membres inférieurs. Sept jours après le début de ces symptômes, advint la terminaison fatale.

L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une véritable myélite augmentant d'intensité de haut en bas. K. pense que les troubles circulatoires profonds qui accompagnent la grossesse favorisent la prédisposition aux inflammations de la moelle. X. F.

Les paralysies chez les enfants pendant et après les maladies infectieuses, par IMOGENE BASSATE (*Journ. of nerv. and ment. diseases*, 1892).

B. rapporte un grand nombre de paralysies qui se sont produites chez des enfants à la suite de maladies infectieuses et dues partiellement à une affection cérébrale, partiellement à une affection médullaire ou des nerfs périphériques. Dans certains cas les différentes parties du système nerveux étaient lésées à la fois. Au point de vue de la nature intime de la maladie, on peut différer d'avis avec l'auteur qui, dans le cours de son travail, mentionne la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, la coqueluche, l'influenza, la malaria, le typhus.

J. M.

Sur une cause assez fréquente du retard ou du développement incomplet chez les enfants, par LANGE (*Centralbl. f. Nervenhe. u. Psychiatrie*, 1893).

L'auteur mentionne parmi les causes les végétations adénoïdes des voies nasales qui donnent lieu aux symptômes suivants : 1° Respiration incomplète par le nez ; 2° Grosse voix nasillarde ; 3° Ouïe incomplète. Tandis que le premier symptôme saute aux yeux par la bouche de l'enfant toujours tenue ouverte, le symptôme de la dureté de l'ouïe, qui varie beaucoup d'intensité, est de beaucoup le plus important pour le développement psychique.

Les enfants qui souffrent de cette infirmité (on les rencontre le plus souvent entre 6 et 14 ans) acquièrent une expression hébétée, souvent fixe et comme s'ils n'ont pas d'intelligence ; cette expression est accompagnée d'un regard interrogateur. Ajoutez-y, pour faciliter le diagnostic, la bouche le plus souvent ouverte et la parole grossière, insonore et souvent inintelligible.

Comme symptômes moins fréquents et moins prononcés, on a la sensation de pression sur le front, des céphalalgies, des douleurs dans les oreilles, des vertiges, des épistaxis, une dépression mentale, une prédisposition aux crampes, au bégaiement, etc. L'auteur appelle encore l'attention sur un symptôme important, mais rare, désigné par Guye sous le nom d'aproxexie nasale et qui consiste dans la difficulté de fixer les idées.

L'arrachement de ces végétations adénoïdes constitue le seul moyen pour faire disparaître, presque subitement, tous ces symptômes et pour transformer un enfant indifférent, arriéré, physiquement et mentalement, en un être vif, éveillé, capable de continuer son développement physique et psychique.

J. M.

Un cas de myosite ossifiante multiple, par J. BRENNISOHN
(*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1892).

L'auteur décrit un cas de cette maladie fort rare qu'il a observée chez un paysan âgé de 20 ans. Les premiers signes de l'affection apparurent dans l'enfance, sous forme d'une scoliose convexe à droite qui s'accompagna bientôt de raideur du bras droit, puis du bras gauche : en même temps, se produisit une gêne croissante des mouvements du tronc et des membres inférieurs. Jamais de douleurs, appétit normal, les fonctions du tube digestif et de la vessie s'accomplissent régulièrement.

L'examen du patient révèle une immobilité complète des bras et du thorax : celui-ci ne participe aucunement à la respiration. La mobilité de la tête est également réduite au minimum. La cause de ces troubles moteurs dépend de ce que les muscles de la nuque, du dos sont complètement ossifiés et constituent une masse osseuse unique.

Les muscles grands pectoraux et les deltoïdes ne présentent une consistance molle qu'en des points très circonscrits ; les muscles antérieurs du cou, des cuisses, des bras, ainsi que les muscles abdominaux sont rigides et renferment un certain nombre d'exostoses.

Les muscles de la face, des avant-bras, des mains sont indemnes.

Indépendamment de l'absence de douleurs et de tout signe inflammatoire, ce qu'il y a de particulier dans ce cas, c'est l'absence de la première phalange des deux gros orteils. Toutes les tentatives thérapeutiques restèrent sans résultat : après avoir été perdu de vue pendant plusieurs années, le malade se présenta de nouveau à l'observation ; dans l'intervalle, le mal avait fait des progrès et avait envahi les muscles du cou, de l'abdomen et du bassin. X. F.

De la valeur du symptôme de Mannkopf dans le cas de névrose traumatique, par A. STRAUS (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1892).

Le symptôme de Mannkopf, c'est-à-dire l'augmentation de la fréquence du pouls à la suite de la pression de régions désignées par le malade atteint de névrose traumatique, comme étant douloureuses, exclut presque à coup sûr la simulation. Dans ces cas, les modifications de la fréquence étaient accompagnées de modifications d'autres caractères du pouls.

Par contre, l'examen de sujets atteints de maladies organiques montre que la pression des parties douloureuses n'entraîne pas toujours l'accélération du pouls.

S. conclut que l'absence du symptôme de Mannkopf en cas de névrose traumatique n'autorise pas à croire que les douleurs ressenties par les malades sont simulées. X. F.

Contribution à l'étude des maladies nerveuses consécutives au traumatisme, par NONNE (*Deut. med. Wochenschr.*, 1892).

L'auteur relate une série d'observations très consciencieuses et prolongées durant des années, de cas de maladies nerveuses consécutives au traumatisme affectant la forme de la névrose traumatique dans le sens d'Oppenheim, ou bien présentant le tableau typique de la commotion spinale de l'hystérie de la neurasthénie, ou enfin, réalisant les symptômes cliniques de maladies du cerveau ou de la moelle.

N. préfère conserver à ces cas leur désignation propre, plutôt que de les réunir sous le vocable de névrose traumatique.

En ce qui concerne les symptômes particulièrement signalés par Oppenheim, à savoir les troubles de la sensibilité et le rétrécissement du champ visuel, N. a pu constater que les troubles de la sensibilité peuvent manquer dans des cas sévères d'affection traumatique, ou être insignifiants et de durée passagère. Dans certains cas se présentait la forme classique des troubles sensitifs de nature hystérique; lorsque ces troubles affectaient la forme indiquée par Oppenheim, ils étaient sujets à des fluctuations marquées.

Le rétrécissement du champ visuel ne fit défaut que cinq fois sur quatorze. Une seule fois il y eut des anomalies psychiques.

L'auteur estime que l'hystérie succède fréquemment au traumatisme et ses observations établissent que les symptômes hystériques ont souvent leur point de départ dans la région soumise au traumatisme. Dans un cas, il y avait hérédité neuropathique bien manifeste : dans un autre cas le saturnisme et dans un troisième l'alcoolisme ont joué le rôle de cause prédisposante.

Chez quelques uns des malades, l'affection n'entraînait pas d'incapacité de travail complète : cependant, la guérison ne put être obtenue.

X. F.

Des névroses traumatiques, par STRÜMPPELL et WERNICKE
(12^e Congr. de méd. int. tenu à Wiesbaden en 1893).

Si en France Charcot range les symptômes nerveux fonctionnels, consécutifs aux grands accidents, dans le cadre de l'hystérie traumatique, en Allemagne, Oppenheim et bon nombre de neuropathologistes se sont refusés à considérer les névroses sans lésion organique dues au traumatisme comme ressortissant entièrement de l'hystérie.

Ce problème, qui, indépendamment de son importance nosologique, offre aussi un intérêt social, s'est posé à nouveau à l'occasion des mesures médico-légales à étudier en raison du nombre croissant

des demandes d'indemnités ou de dommages-intérêts adressées par les sinistrés aux administrations, que la loi rend, dans certaines conditions, responsables des traumatismes ou de leurs conséquences. Des conseils engageant, à tort ou à raison suivant les cas, les victimes à se lancer dans la voie d'une procédure qui, en raison même de sa lenteur et de ses complications, fixe toutes leurs pensées sur un but unique et concentre leur attention sur leurs maux, qu'ils tendent dès lors à exagérer, contribuant ainsi à la genèse de l'état pathologique en question. Pour le médecin, appelé à déposer en justice, la difficulté est d'autant plus grande que, d'une part, l'exagération ou même la simulation complète favorise les intérêts d'un grand nombre de ces victimes, et que d'autre part, la simulation elle-même est un symptôme de l'hystérie. Or, la fréquence de la simulation, même chez les sinistrés qui n'y ont aucun intérêt (p. ex. des fonctionnaires dont ce diagnostic peut entraver la carrière) tend déjà à prouver, du moins pour l'Ecole française, que les symptômes psychopathiques des névroses traumatiques reviennent de droit à l'hystérie.

En ce qui concerne la *nature* et l'*étiologie* de l'affection, les vues de Strümpell (d'Erlangen), quoique un peu différentes de la doctrine française, ne sont pas en contradiction avec cette idée. Comprendant sous le nom de névroses traumatiques un ensemble de troubles en relation étiologique avec un trauma et sans relation causale, en raison de leurs allures cliniques, avec une lésion grossière du système nerveux périphérique ou central, ce médecin estime que dans la plupart des cas ce n'est pas une action mécanique, mais une influence purement psychique (effroi, surexcitation de l'imagination, etc.), coïncidant avec le trauma, qui produit, soit un état d'abord plus ou moins hypocondriaque aboutissant souvent à un syndrome névrosique à identifier absolument avec l'hystérie traumatique, soit un état simplement neurasthénique, hypocondriaque ou mélancolique, qu'il déclare essentiellement apparenté à l'hystérie. Cependant, tout en faisant observer que l'affection survient le plus souvent à la suite de traumatismes ayant porté sur des points éloignés du centre cérébro-spinal, il semble admettre que dans quelques cas exceptionnels le syndrome en question puisse être attribué à l'effet mécanique d'une commotion; si Strümpell suppose en pareil cas quelque extravasation altérant la structure des éléments nerveux, sur quelle estimation doit-on s'appuyer alors pour maintenir ou non cet état morbide dans le cadre des névroses traumatiques suivant sa définition, à moins de le classer simplement dans l'hystérie traumatique avec ou sans lésion organique concomitante?

Tandis que la thèse étiologique de Strümpell s'écarte assez peu de la conception française de l'hystérie traumatique, l'opinion de

de Wernicke s'en éloigne bien davantage. Il considère les psychoses comme destinées à recevoir toutes dans un avenir plus ou moins proche leur explication anatomo-pathologique, et les névroses traumatiques doivent comprendre toutes les psychoses en relation étiologique avec un trauma ; on doit distinguer la neurasthénie, l'hystérie, l'hystéro-neurasthénie traumatique, comme autant de groupes différents auxquels on en adjoindra d'autres encore.

Cette distinction offre une portée importante pour Wernicke, qui prévoit la disparition des maladies nerveuses sans lésion organique et juge au moins inutile d'opposer les symptômes organiques aux symptômes fonctionnels, un même signe pouvant traduire une maladie avec lésion ou une maladie sans lésion actuellement déterminée. L'absence unilatérale du réflexe rotulien, dit Wernicke, peut être due aussi bien à une altération spinale organique qu'à une altération dynamique, comme l'inhibition ; il en est de même du spasme pupillaire ou du vertige de Ménière, qui n'impliquent pas exclusivement le diagnostic d'une lésion organique ; d'autre part, dans les monoplégies organiques d'origine corticale, Oppenheim a noté un syndrome identique à celui d'une névrose traumatique.

En France on a reconnu que l'hystérie, en sa qualité de grande simulatrice, peut imiter toutes les affections cérébro-spinales au point de rendre le diagnostic différentiel presque impossible ; on en est plus convaincu encore, depuis la thèse de Souques, qu'il n'y a pour ainsi dire pas de maladie organique de la moelle épinière où des nerfs périphériques qui n'ait été simulée par l'hystérie ; on sait qu'elle donne même naissance à des atrophies musculaires et à des paralysies faciales ; et parmi les agents provocateurs de l'hystérie, il faut compter les maladies organiques du système nerveux ; il y a alors association morbide d'une lésion nerveuse avec l'hystérie. On conçoit que celle-ci s'adapte aux faits indiqués par Wernicke.

W., toutefois, n'a pas rencontré, sur 100 cas de névroses traumatiques, la maladie à stigmates, déterminée par Charcot, mais il fait observer que cette conception de l'hystérie lui paraît trop peu compréhensive en se limitant aux cas complets. Charcot à l'avenir devra admettre des formes frustes pour l'hystérie, comme il l'a fait pour la sclérose en plaques. En Allemagne, il n'a pas vu des cas auxquels se seraient appliquées les descriptions françaises et l'hystérie présente, dans les deux pays, des dissemblances qu'il attribue à une différence entre les cerveaux, en se basant notamment sur ce que les lésions capsulaires produisent, en France, de l'amblyopie croisée, et en Allemagne toujours de l'hémianopsie. Cette interprétation, peut-être exacte, expliquerait en partie les difficultés du diagnostic de l'hystérie, mais il est une autre considération dont il faut tenir

grand compte dans l'appréciation de la fréquence de l'hystérie et qui tient à ce que, cette maladie est une affection qui se cache et ne se laisse déceler souvent qu'avec beaucoup de peine, exigeant parfois une ténacité presque systématique.

Charcot déclare que l'hystérie est une affection mentale. Wernicke combat cette assertion en affirmant n'avoir jamais vu en Allemagne la grande hystérie coïncider avec une maladie mentale. Il convient d'interpréter l'expression dans le sens d'une modification des facultés intellectuelles et affectives qui provoque les troubles somatiques de l'hystérie et non dans le sens d'une vésanie.

La *dénomination* de névroses traumatiques a été approuvée par les médecins allemands qui trouvent avantage à en séparer ainsi les névroses dues aux traumatismes avec lésions organiques, mais redoutent, en pratique, la facilité avec laquelle on serait porté à formuler le diagnostic de névroses traumatiques en raison de la seule connaissance d'un trauma préalable et qui exigent, pour obliger à un examen plus approfondi, la répartition des cas individuels dans des groupes principaux, désignés sous les noms de neurasthénie, d'hypocondrie et d'hystérie traumatiques.

Jolly préfère le terme de névrose traumatique, au singulier, et repousse la division en plusieurs groupes distincts parce qu'il a vu des cas, à classer d'abord dans un de ces groupes, se modifier ensuite de manière à rentrer dans le cadre d'un groupe différent ou présenter encore des caractères mixtes qui rendent illusoire toute classification de ce genre. Schultze repousse toute appellation générale et se contente d'appliquer à chaque cas, suivant les conditions où il se présente, la désignation spéciale de neurasthénie, d'hypocondrie, d'hystérie, d'épilepsie traumatiques.

Quant aux *symptômes*, où prédominent tantôt les troubles objectifs, tantôt les troubles subjectifs (qu'il déclare être le plus souvent hystériques après avoir passé dans certains cas par une période purement neurasthénique), Strümpell fait remarquer que les symptômes objectifs peuvent être provoqués par la façon dont on fait l'examen et que cette considération lui paraît importante au point de vue des résultats recueillis par divers médecins et, par suite, de leurs opinions sur un malade déterminé ou même sur la question générale des névroses traumatiques.

Parmi ces symptômes, l'asthénopie avec rétrécissement du champ visuel offre un intérêt particulier ; la statistique de Wernicke qui répartit ses observations entre des groupes de traumatismes non localisés et des groupes de traumatismes localisés, avec ou sans coïncidence de secousse psychique émotionnelle, note plus souvent l'hémiasthénopie avec rétrécissement du champ visuel dans les cas de coïncidence

émotionnelle et n'aurait trouvé qu'une fois le rétrécissement concentrique en dehors de cette coïncidence.

Au point de vue ophtalmologique, Sängér, insiste sur la nécessité d'étudier avec soin la valeur diagnostique de ce symptôme ainsi que les phénomènes de fatigue qu'on peut provoquer par la lecture chez bon nombre d'individus en dehors de toute névrose traumatique.

A l'occasion du *diagnostic* des névroses traumatiques (au sujet duquel Strümpell rappelle les symptômes de l'artériosclérose, des lésions nerveuses organiques et des cas mixtes de troubles psychosystériques et de troubles nerveux résultant d'une lésion organique, à la suite de fractures par exemple), la question de la *simulation* a soulevé le plus de controverses. Strümpell, tout en faisant observer qu'on n'en peut actuellement connaître la fréquence, croit cette altération volontaire des facultés psychiques assez peu fréquente parce qu'il lui paraît difficile aux individus peu compétents de savoir quelles modifications psychiques et quelles altérations objectives il leur faudrait accuser; d'autre part, la névrose traumatique aboutissant souvent à l'hystérie, on ne saurait établir la simulation en se basant sur la fugacité des symptômes qui peuvent cesser quand l'attention du malade en est détournée ou qui présentent, au point de vue anatomo-physiologique, des allures paradoxales. Wernicke pense également que la simulation est rare, et il estime en tout cas, avec Bruns, qu'on ne peut être en droit de l'affirmer quand le malade n'accuse pas de symptômes objectifs; il croit que ceux-ci peuvent actuellement déjà permettre de fixer maintes fois son jugement, et recommande spécialement la recherche de l'asthénopie avec rétrécissement visuel concentrique, en ayant soin de l'étudier à des distances variées.

Plusieurs médecins insistent sur les difficultés occasionnées par la simulation hystérique, qui induit si merveilleusement en erreur, même à l'égard des signes objectifs.

Pour Hitzig, l'étude des troubles objectifs n'est pas encore assez avancée aujourd'hui; d'ailleurs les névroses traumatiques, comme d'autres psychoses, peuvent manquer de symptômes objectifs, et l'on est tenu, par suite, actuellement, à la plus extrême réserve à l'égard de ce diagnostic.

Néanmoins Bäumlér, tout en rappelant que les symptômes objectifs peuvent être le résultat de troubles subjectifs, comme dans les cas où la croyance à l'impotence d'un membre en amène l'atrophie, par exemple, estime que pour chaque cas particulier l'étude attentive du malade arrivera à découvrir les fraudes du simulateur, et cite entre autres moyens de recherches pour quelques cas particuliers l'examen des réactions électriques; Unverricht croit qu'une

statistique recueillie auprès de diverses administrations serait très instructive, et, engage à recourir, non à la narcose, mais à l'obnubilation chloroformique, pour déceler la simulation dont il pense qu'on pourra ainsi montrer plus nettement la fréquence.

Enfin, Schultze, avec la plupart de ses collègues, attache une importance majeure à l'étude psychique du malade à l'aide de l'anamnèse ainsi qu'à la recherche des symptômes propres à s'objectiver; il juge dangereux de déclarer que dans diverses psychoses les signes objectifs font défaut, et il montre qu'au point de vue *social* le médecin rend, à divers égards, et notamment à l'égard du moral des populations, de très grands services en décelant la simulation. Quant aux sinistrés, il estime, avec Hoffmann, Unverricht et Jolly, que, loin de leur nuire en enrayant dans maintes circonstances leurs tendances à exagérer les effets de l'accident dans le but d'obtenir des indemnités, le médecin acquiert, au contraire, des droits à leur reconnaissance en leur évitant par un diagnostic exact des fausses manœuvres dangereuses à la fois pour leur fortune et pour leur santé.

En ce qui concerne les *mesures médico-légales*, on a été unanime pour déclarer le jugement du médecin traitant indispensable dans le verdict administratif, en raison de l'importance capitale des renseignements concernant l'état psychique du sujet à partir de l'accident, et, si possible aussi, antérieurement à cette date. Ils s'accordent aussi à préciser, dans ce verdict, l'état pathologique de chaque cas sans le classer dans une subdivision nosologique qui pourrait ne plus se trouver, au bout d'un temps variable, appropriée aux circonstances et sans se préoccuper non plus des conséquences du verdict à l'égard des désirs du patient. Enfin, on a parlé d'instituer, pour les simulateurs, une pénalité peu draconienne.

Quant au *traitement*, tous insistent sur l'utilité d'une direction morale qui, d'après Strümpell, doit être entreprise dès l'accident dans le but de prévenir la production de la névrose; Bäumlér et Lenhartz (de Leipzig), insistent sur l'importance des premiers soins, matériels et psychiques, qui doivent tendre à détourner l'attention du malade, en accordant selon les cas, plus ou moins d'importance à divers troubles accessoires (troubles digestifs, anémie, etc.), en se gardant absolument de laisser entrevoir au patient la possibilité d'un pronostic grave, enfin en l'invitant à reprendre d'assez bonne heure un travail plus ou moins modéré sur lequel on l'engagera, s'il y a lieu, à compter plus que sur toute indemnité, et en le plaçant, au besoin, dans un établissement sanitaire pour lui éviter l'occasion de passer d'un médecin à l'autre et de rendre ainsi le diagnostic plus incertain et le verdict ultérieur d'autant plus scabreux à établir que l'anamnèse sera plus difficile à reconstituer.

J. M.

L'anesthésie hystérique, par P. JANET (*Arch. de Neurol.*, 1893).

L'auteur s'est proposé d'étudier au point de vue psychologique, l'anesthésie hystérique avec ses manifestations propres. L'anesthésie est un des symptômes les plus constants de l'hystérie puisqu'elle ne manque dans 5 % des cas. Elle comprend trois catégories : *l'anesthésie systématisée*, *l'anesthésie localisée*, *l'anesthésie générale*.

L'anesthésie systématisée ne porte pas sur toutes les sensations venant d'un sens, mais sur un groupe de sensations formant un système, en laissant parvenir à la conscience la connaissance de tous les autres phénomènes fournis par ce même sens. Ce genre d'insensibilité, très intéressant, est facile à constater pendant le sommeil hypnotique et à produire par certaines suggestions appropriées. Le sujet, par exemple, verra toutes les personnes de la salle, mais ne pourra ni voir, ni entendre certaine personne qu'on aura désignée.

L'anesthésie localisée se rencontre dans certaines parties des organes entiers ou des parties d'organes et elle est limitée par des lignes assez irrégulières, perpendiculaires le plus souvent à l'axe du membre. Les répartitions de l'anesthésie ne correspondent pas à des régions anatomiques ; ce n'est pas le territoire innervé par le cubital ou par le médian qui est anesthésique, c'est la main ou le poignet.

L'anesthésie générale envahit toute la surface du corps et supprime plus ou moins complètement telle ou telle catégorie de sensations.

Les anesthésies hystériques ne sont ni dangereuses, ni gênantes : elles ne s'accompagnent pas, du moins à l'ordinaire, de troubles de la nutrition, de la circulation des parties ; elles semblent ne troubler aucune fonction normale. Cela est si vrai que le plus souvent le sujet ignore ses propres anesthésies.

Il est loin d'en être ainsi pour les anesthésies de cause organique. Les syringomyéliques ont des traces de brûlures aux doigts et se plaignent de se brûler à chaque instant sans le sentir. Cela ne se présente pas chez les hystériques bien que la thermo-anesthésie n'y soit pas rare. On connaît ce symptôme particulier du tabes que Charcot a appelé le masque tabétique. Les malades perdent la sensibilité d'une partie plus ou moins étendue de la face, mais ils s'en rendent compte subjectivement, ils se plaignent qu'une partie de leur figure a disparu et déclarent éprouver à ce propos une impression horrible. Rien de pareil chez les hystériques.

La même remarque peut se faire, pour tous les sens, même le sens de la vue ; ainsi des hystériques affectées d'un rétrécissement considérable du champ visuel se meuvent sans difficulté.

Une hystérique avec anesthésie totale est électrisée aux membres inférieurs. Elle ne sent rien bien que les muscles réagissent par-

faitement. Tout à coup le médecin s'aperçoit que le courant est interrompu; néanmoins, chaque contact provoque une contraction. L'occlusion des yeux ne fait pas cesser le phénomène. Il s'agit sans doute d'une suggestion. Mais comment la malade anesthésique peut-elle s'apercevoir de l'application de l'électrode?

Comment se fait-il encore qu'une hystérique avec amaurose d'un côté voit parfaitement et dessine un objet que par suite d'un dispositif spécial, elle ne peut regarder que par l'œil atteint? Comment arrive-t-on chez une hystérique qui, en pleine attaque convulsive, lève les bras comme en signe de frayeur et qui est privée du sens musculaire, comment arrive-t-on à provoquer l'attaque par l'élévation des bras?

On doit exclure la simulation et chercher l'explication. Toute sensation comprend deux éléments qui occupent deux stades distincts. Le premier est constitué par la *sensation élémentaire*; le second, par la *perception personnelle*, avec conscience claire et complète.

Toutes les sensations élémentaires qui se produisent à un moment donné ne peuvent pas être recueillies en même temps et transformées en perceptions personnelles. Le nombre de celles qui arriveront à la pleine conscience variera suivant l'*étendue du champ de la conscience*.

Supposons que ce champ de conscience soit chez un individu fortement rétréci, il ne pourra par exemple à chaque moment, percevoir plus de trois sensations élémentaires et il laissera le reste dans la subconscience.

Si le champ se rétrécit encore, le malade ne pourra plus percevoir à la fois que deux sensations élémentaires. Il réservera naturellement son pouvoir perceptif pour les sens les plus importants, la vue, l'ouïe et négligera les sensations tactiles, les sensations musculaires, et un beau jour, le médecin constatera l'anesthésie.

On peut vérifier cette hypothèse par les faits. En réalité, les impressions sont senties par les hystériques mais n'arrivent pas à la conscience. Ce qui le prouve, c'est que malgré l'anesthésie, les réflexes cutanés sont conservés; d'autre part, malgré l'anesthésie, le contact de certains objets peut provoquer par association d'idées, des mouvements volontaires, des réflexes, des souvenirs. En détournant l'attention, on peut provoquer l'anesthésie de parties qui étaient sensibles jusque-là.

De tous ces faits, l'auteur conclut que l'anesthésie hystérique n'est pas une maladie organique, mais une maladie mentale, une maladie psychologique. Elle existe non dans les membres, ni dans la moelle, mais dans l'esprit représenté par les régions corticales du cerveau: ce n'est pas une altération des sensations élémentaires; elle porte sur la perception personnelle. Elle est due à une faiblesse de la synthèse des éléments psychologiques.

X. F.

Toux et bruits laryngés chez les hystériques, les choréiques, les tiqueux et dans quelques autres maladies des centres nerveux, par CHARCOT (*Arch. de Neur.*, 1893).

Charcot distingue des bruits laryngés expiratoires, faits sur le modèle de la toux et dont la toux hystérique représente un type fondamental et des bruits inspiratoires, faits sur le modèle du hoquet. Quelque soit le mécanisme inspiratoire ou expiratoire du bruit produit, celui-ci toujours inarticulé, peut se présenter sous des formes très variées, s'éloignant quelquefois beaucoup, en apparence du moins, du type-toux ou du type-hoquet. Ces formes sont désignées communément d'après la ressemblance qu'elles présentent avec certains cris d'animaux. C'est ainsi que l'on parle chez les hystériques 1° d'aboiements, de hurlements; 2° de miaulements; 3° de grognements, de mugissements, etc.

Les caractères communs à tous les bruits laryngés hystériques sont les suivants :

1° Ils se présentent souvent sous forme d'accès, se montrant en général à certaines heures du jour, surtout le soir, toujours les mêmes; le plus communément, c'est un symptôme en quelque sorte permanent, ne cessant que la nuit pendant le sommeil.

2° Les secousses de toux ou les bruits restent isolés les uns des autres, ou au contraire, ils se groupent en se répétant successivement, au nombre de trois ou de quatre, par exemple.

3° Ces bruits ou ces accès de toux ne déterminent pas de gêne respiratoire, ne s'accompagnent ni de sécrétion, ni de phénomènes auscultatoires.

4° Comme l'a observé Lasègue, ces phénomènes ne se développent pas après 25 ans et se montrent principalement chez les jeunes filles; on peut les rencontrer chez de jeunes garçons.

5° La toux et les autres bruits laryngés sont des phénomènes d'hystérie locale. Ils ont en d'autres termes une tendance remarquée à subsister chez l'hystérique à l'état d'isolement, sans accompagnement d'autre stigmate; cependant, dans un grand nombre de cas de ce genre, on trouve des stigmates sensitivo-sensoriels permanents, anesthésie, rétrécissement du champ visuel, qui ne laissent aucun doute sur la diathèse hystérique.

6° Des bruits laryngés plus ou moins analogues à ceux de l'hystérie se rencontrent dans la chorée de Sydenham, dans le paramyoclonus, dans la maladie des tics convulsifs, etc.

7° Les bruits laryngés peuvent disparaître inopinément et brusquement; mais ils constituent généralement une affection très tenace, très rebelle, réfractaire aux médicaments.

Charcot présente trois cas de bruits laryngés hystériques : dans le premier le mal avait débuté par des attaques convulsives typiques; fréquentant le service électrothérapique de la Salpêtrière, elle y avait rencontré une jeune fille qui présente depuis longtemps un bruit laryngé tout à fait comparable, tant pour le timbre que pour le rythme à celui qui existe chez la malade présentée. Ce bruit consiste en petites secousses expiratoires affectant le type quaternaire, c'est-à-dire se groupant par série de quatre. Les deux autres sujets un garçon de 15 ans et une fille de 23 ans présentaient des bruits du type-hoquet : chez la jeune fille, il y avait eu d'abord du mutisme hystérique suivi de bégaiement; l'un et l'autre avaient de l'hémianesthésie et du rétrécissement du champ visuel.

Le deuxième cas concerne un sujet atteint de paramyoclonus multiplex chez lequel, en frappant à l'aide du marteau de Skoda, sur certaines apophyses épineuses de la région cervicale et lombaire mise à nu, on provoque, non seulement dans les membres, mais un peu partout, des secousses qui, si elles sont très intenses et très généralisées, sont accompagnées d'une expiration sonore.

C'est par un mécanisme analogue que se produisent les éclats de voix, les cris, les bruits divers que l'on entend parfois dans la chorée vulgaire intense. Ch. n'admet pas de chorée limitée au larynx; il classe dans l'hystérie les exemples de chorée laryngée publiés par Blachez.

Il est plus difficile de distinguer les exclamations, cris, aboiements hystériques des phénomènes correspondants, qui s'observent quelquefois dans la maladie des tics. Ce diagnostic a un grand intérêt pratique, car les accidents de la maladie des tics, bien qu'ils paraissent subir des amendements temporaires, ne sont que rarement susceptibles d'une guérison proprement dite, tandis que les bruits hystériques, quoique persistant parfois des semaines, des années, finissent toujours par guérir.

Chez une jeune fille, âgée de vingt ans et demi, souffrant depuis seize ans de la maladie des tics, Ch. fait remarquer qu'au moment de l'émission de chaque bruit et un peu auparavant il se fait une série de mouvements toujours systématiquement les mêmes qui consistent en une brusque élévation des membres du côté droit, en même temps que la tête s'incline vivement sur la droite. Les bruits laryngés existent depuis huit ans et jamais, ils n'ont changé de caractère. Au surplus, les secousses ont commencé à quatre ans, c'est-à-dire à une époque de la vie où l'hystérie ne se montre guère. D'ailleurs, pas de stigmates sensitivo-sensoriels, pas d'attaques. Le diagnostic serait singulièrement facilité par la présence de l'écholalie et de la coprolalie qui manquent dans l'hystérie et qui se rencontrent

assez souvent dans la maladie de Guignon : ces phénomènes n'existent pas chez le sujet présenté.

Pour terminer, Charcot fait une expérience très intéressante relative à l'étiologie des bruits laryngés hystériques. Une jeune fille hystérique est artificiellement endormie et on lui fait entendre les bruits laryngés d'une autre malade ; à l'état de veille, l'hypnotisée a déjà entendu ces bruits maintes et maintes fois, sans en être particulièrement impressionnée, mais, dans l'état somnambulique, c'est tout autre chose. Elle se met à reproduire exactement les bruits laryngés qu'elle entend et bien qu'elle ne regarde pas sa compagne en ce moment, elle reproduit aussi les grimaces qu'elle fait chaque fois qu'elle pousse son cri.

Les idées suggérées dans l'état somnambulique et en particulier les représentations mentales d'un acte, se développent à l'abri de l'influence de la volonté, de la critique du moi et acquièrent par ce fait une intensité énorme, avec une tendance pour ainsi dire invincible à s'extérioriser, à se réaliser par l'acte même.

Il est facile d'imaginer que, sans intervention d'hypnotisme, il puisse se produire dans une institution, dans un couvent, sous l'influence de certaines préoccupations religieuses ou du récit d'un événement propre à frapper fortement de jeunes esprits, un état psychique analogue à celui qui s'observe, sous une forme typique, dans le somnambulisme artificiel et qu'il en résulte une sorte d'épidémie d'aboïement, de miaulement, etc.

X. F.

Contracture organique et hystérique, par J. BABINSKI (Soc. méd. des Hôp., 1893).

La contracture qui est sous la dépendance d'une sclérose du système pyramidal diffère essentiellement aux points de vue clinique et pathogénique de la contracture hystérique ; ce sont deux phénomènes absolument distincts. Chacune de ces contractures a un facies spécial et il est presque toujours possible de les reconnaître en prenant exclusivement en considération leurs caractères intrinsèques, l'état des réflexes tendineux, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte du mode d'évolution de l'affection, de la présence ou de l'absence des stigmates hystériques.

Dans la contracture organique, l'attitude des membres dans l'hémiplégie spasmodique type liée à une lésion cérébrale est la suivante : Dans la marche le membre inférieur exécute autour de la cuisse un mouvement de circumduction, le malade marche en fauchant. Les divers segments du membre supérieur sont fléchis les uns sur les autres et la main forme une griffe d'un aspect tout

particulier. Si l'on prend dans sa propre main celle du malade et qu'on cherche à porter celle-ci dans l'extension, on éprouve une résistance qui donne l'impression d'un obstacle doué d'élasticité et animé parfois d'une trépidation plus ou moins marquée; de plus, à mesure que la main s'étend sur l'avant-bras, les phalanges se fléchissent et viennent serrer la main de l'observateur.

Dans la contracture organique, la rigidité musculaire est relativement peu accentuée, même quand les troubles moteurs sont intenses et il est toujours possible de faire exécuter quelques mouvements passifs aux divers segments des membres contracturés. Les réflexes tendineux, sauf dans quelques cas complexes, sont toujours exagérés, même quand la paralysie est très légère.

Les caractères de la contracture hystérique sont tout autres :

L'attitude des membres est différente. La rigidité musculaire est généralement très prononcée et il faut exercer des tractions énergiques pour faire exécuter quelques mouvements aux divers segments de ces membres. De plus, le plus généralement, dans la contracture hystérique les réflexes tendineux ne sont pas exagérés. Une exagération manifeste et unilatérale de ces réflexes, dans un cas d'hémiplégie spasmodique, permet le plus souvent d'affirmer que les troubles moteurs ne relèvent pas de l'hystérie. Il en est de même, dans un cas de paraplégie, de l'exagération bilatérale des réflexes; quand celle-ci est très prononcée et qu'elle se caractérise par le phénomène connu sous le nom d'épilepsie spinale.

Mais il faut avoir soin, pour bien apprécier l'intensité des réflexes tendineux, de distinguer dans la secousse consécutive à la percussion d'un tendon le mouvement réellement réflexe des mouvements volontaires qui peuvent s'y associer. Il faut aussi éviter de confondre l'épilepsie spinale avec le tremblement du pied qu'on peut obtenir, chez certains hystériques, en soulevant la pointe du pied, et qui simule à première vue le phénomène précédent.

Voici des faits qui tendent à prouver que la contracture hystérique, contrairement à la contracture organique, est un phénomène absolument indépendant de l'exagération des réflexes tendineux :

B. a pu provoquer par suggestion, chez quelques tabétiques hypnotisables dont les réflexes rotuliens étaient abolis, une contracture hystérique très prononcée des membres inférieurs.

Le fait suivant confirme cette opinion, et montre les dissemblances qui existent entre les contractures organique et hystérique :

Une malade hystérique hypnotisable est atteinte d'une hémiplégie spasmodique organique du côté droit (impotence presque absolue du membre supérieur droit, main en griffe, exagération notable des réflexes tendineux, rigidité relativement peu marquée). Pendant le

sommeil hypnotique on peut développer facilement, dans le membre supérieur gauche, une contracture hystérique très prononcée, sans modification des réflexes tendineux. Il est au contraire impossible de modifier par suggestion l'attitude du membre supérieur droit, d'augmenter sa rigidité, de développer une contraction hystérique dans ce membre atteint déjà d'une paralysie spasmodique organique.

La contracture hystérique, contrairement à l'opinion admise, doit être considérée comme un état de contraction musculaire prolongée; elle diffère encore par là de la contracture organique.

Il est possible de reproduire, par une contraction volontaire, une rigidité musculaire identique à celle qui constitue la contracture hystérique, sauf en ce qui concerne sa durée. La contracture simulée peut, en effet, être distinguée facilement, à l'aide de tracés graphiques, de la contracture hystérique, mais il faut pour cela qu'elle se prolonge quelque temps; au début de l'expérience, elle est semblable à la contracture hystérique.

Un individu atteint de contracture hystérique diffère d'un sujet normal en ce qu'il est capable de maintenir très longtemps ses muscles dans l'état de contraction, ou plutôt parce qu'il est incapable de l'acte de la volonté qui est nécessaire pour faire passer à l'état de relâchement des muscles préalablement raccourcis par une contraction volontaire.

Il n'y a pas, du reste, lieu d'être surpris qu'un membre atteint de contracture soit plutôt plus froid qu'un membre normal; ce n'est pas là un paradoxe physiologique, et cette constatation n'est pas en désaccord avec l'opinion de B., car un muscle qui est raccourci ou contracté d'une façon permanente se trouve dans un état d'équilibre. Or, c'est le passage alternatif de l'un à l'autre de ces deux états, le relâchement et le raccourcissement, qui constitue, au point de vue mécanique, le travail musculaire; c'est ce phénomène, et non pas l'état de contraction, qui doit être la cause principale du développement de chaleur dans les muscles qui fonctionnent.

La contracture hystérique est un phénomène analogue, au point de vue de son mécanisme, à la paralysie hystérique. Dans les deux cas, on a affaire à des sujets incapables de faire passer volontairement certains muscles de l'un à l'autre de ces deux états d'équilibre : le relâchement et la contraction; dans la paralysie, le malade ne peut amener à l'état de contraction des muscles relâchés; dans la contracture, il ne peut faire passer à l'état de relâchement des muscles préalablement contractés.

J. M.

L'hystérie chez les enfants, par JAMES WRIGHT PUTNAM (*The Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1892).

L'hystérie, dans ces dernières années, a été fréquemment observée chez les enfants. P. entre dans de longs détails pour faire ressortir l'importance de l'éducation dans la genèse de cette maladie. Il mentionne aussi une alimentation insuffisante. Il se lève contre l'usage du thé et du café qu'on donne en Amérique aux enfants dès qu'ils ont quitté le sein de la mère. L'hystérie se présente chez les enfants comme chez les adultes sous les formes psychiques, convulsives, paralytiques et anesthésiques. P. en rapporte quatre cas typiques :

I. Un garçon de 8 ans qui fréquentait l'école avec répugnance, est atteint d'une paralysie de la jambe gauche avec anesthésie et pied équin varus. La suggestion et des douches froides le guérissent au bout de quatre jours. Toutefois après un certain temps il présenta d'autres symptômes d'hystérie.

II. Un garçon de sept ans, somnambulique, ne pouvait plus parler qu'en chuchotant ou en bégayant. L'hydrothérapie, des exercices de la parole, etc. le guérissent bien vite.

III. Une fille de 10 ans souffrait d'une paralysie complète des deux jambes et du bras gauche, d'une anesthésie à gauche de la jambe droite, de la muqueuse naso-buccale et conjonctivale, d'un rétrécissement du champ visuel, etc. Elle fut guérie en peu de temps par la suggestion, la magnétothérapie, etc.

IV. Un garçon de 9 ans devint malade par suite d'une émotion violente à la suite d'un orage. Il fut pris d'une surdité telle qu'il ne put plus entendre que les bruits les plus intenses. La possibilité d'entendre encore le diapason avec le concours des os comme conducteurs, servit de point de départ pour un traitement suggestif qui amena bien promptement la guérison.

Le pronostic de l'hystérie chez les enfants est plus favorable que chez les adultes. Il suffit parfois de les écarter de la maison tout en les faisant suivre un certain régime pour atteindre le but désiré.

J. M.

Sur les lésions et la pathogénie de l'épilepsie dite essentielle, par P. BLOCQ et F. MARINESCO (*Sem. méd.*, 1892).

Les auteurs ont pratiqué neuf autopsies d'individus ayant présenté la forme idiopathique de l'épilepsie et n'ayant pas succombé à une maladie intercurrente. La plupart des sujets étaient d'un âge assez avancé (50 à 68 ans) ; le plus jeune avait 29 ans.

Un examen histologique minutieux du système nerveux central

montra que dans un certain nombre de cas d'épilepsie essentielle, il n'existe pas de lésions appréciables du système nerveux : les altérations observées présentèrent des caractères variables.

Les lésions les plus constantes se présentent dans les centres psycho-moteurs et sont caractérisées par des modifications vasculaires et par une hyperplasie de la névroglie, tantôt dans les couches corticales superficielles, tantôt dans la profondeur. Les auteurs regardent ces altérations comme une conséquence des attaques épileptiques. Ils admettent que le siège de l'épilepsie se trouve dans la région psycho-motrice corticale qui, d'après cela, mériterait le nom de zone épileptogène et que dans l'épilepsie, il existe une excitabilité anormale de cette zone dont les causes anatomiques ne sont pas encore connues : Dans un certain nombre de cas, elle doit son origine à des éléments toxiques ou infectieux.

X. F.

Les rapports entre la syphilis et la paralysie générale des aliénés, par JACOBSON (*Journ. of Ment. Science*, 1892).

Des opinions très diverses et opposées règnent sur cette question. D'un côté on a dit qu'il n'y a pas de paralysie générale sans syphilis; d'autre part, Fournier soutient qu'il n'y a aucune relation entre les deux affections. Il admet qu'il y a des cas de syphilis cérébrale simulant la vraie folie paralytique, mais présentant aussi certains symptômes spéciaux.

Le dualisme de Fournier n'a pu se maintenir en présence de l'observation clinique et de l'étude anatomique. Et à mesure qu'on met plus de soin dans les recherches, on trouve plus fréquemment la syphilis comme point de départ de la paralysie générale. La syphilis n'en est pourtant point la condition *sine qua non*.

Le mode d'action de la syphilis est diversement interprété. Pour les uns, le virus vénérien agit directement sur les vaisseaux de l'encéphale. Mais comment expliquer dans ce cas le long intervalle qui sépare parfois le moment de l'infection vénérienne et l'apparition de la folie paralytique? Pour les autres, la syphilis est simplement une cause prédisposante qui affaiblit le cerveau et le rend incapable de résister à d'autres causes : l'alcool, etc.

L'importance de la syphilis comme facteur étiologique de la paralysie progressive, ressort des chiffres suivants : sur 1000 non-paralytiques, Rieger trouve 39 vénériens seulement; sur 1000 paralytiques généraux il rencontre 339 syphilitiques.

D'après certains auteurs, il existe un même processus pathologique dans le tabes et la folie paralytique. Or 80 à 90 % des tabé-

tiques sont des syphilités; donc la syphilis jouerait un grand rôle dans la folie paralytique.

La syphilis est rare parmi les juifs russes; la folie paralytique l'est aussi. La syphilis est sept fois plus fréquente dans le reste de la population et la folie paralytique cinq fois.

La syphilis et la paralysie générale se rencontrent également d'une manière plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Le nombre des cas de paralysie progressive augmente dans le sexe féminin des classes inférieures de la société, habitant la ville et se livrant à la débauche.

Les recherches faites par l'auteur à l'asile St-Hans, à Copenhague, lui ont permis de constater l'origine syphilitique de la folie paralytique chez la femme dans 65 % des cas. Toutes les autres causes : l'alcool, l'hérédité, le traumatisme, l'âge de retour, etc., ne jouent qu'un rôle secondaire.

J. AL. P.

Recherches sur la sensibilité cutanée et sur celle des sens de l'odorat et du goût chez les paralytiques, par KORNFIELD et BIKELES (*Jahrb. f. Psych.*, 1892).

L'anesthésie qui se rencontre certainement dans plusieurs cas, n'a été constatée aucune fois dans les 80 cas qui ont été examinés. Rarement il y avait analgésie, le plus souvent hyperalgésie. Dans les explorations pour la détermination du sens du tact (sens de la localisation et sens de la pression), il y avait des anomalies d'une manière générale. Il en a été de même dans l'examen du sens de l'odorat. Dans ces dernières recherches il y avait essentiellement difficulté à déterminer l'odeur d'une substance. Chez quatre malades il y avait des sensations consécutives caractéristiques. L'examen du sens du goût décéla le plus souvent une diminution de la sensibilité; dans certains cas il y avait confusion quant à la qualité de la substance présentée à l'organe.

J. M.

Homicide commis par un paralytique général, par M. MOTET (Soc. de méd. lég. de Paris, 1893).

Un homme présentant l'aspect d'une personne en état de démence était soumis depuis quelques jours à une surveillance spéciale. Il venait de commettre une série d'actes déraisonnables, manifestant des idées de grandeur, achetant des machines, embauchant des ouvriers, se livrant à des dépenses exagérées, se laissant aller à des excentricités choquantes. Cet état de démence était si récent, que la famille du malade hésitait à le faire interner et se contentait de le

faire accompagner par un de ses cousins. On lui laissa prendre dans une chambre d'hôtel une canne qui ne lui appartenait pas, et l'on ne s'aperçut pas qu'il s'agissait d'une canne à épée. Dans une altercation qu'il eut, quelques instants plus tard, avec le concierge d'une maison dans laquelle il avait pénétré, le malade menaça celui-ci de cette canne, et, comme la personne qui l'accompagnait cherchait à la lui enlever, la lame se trouva tout d'un coup dégagée et le concierge reçut une blessure mortelle.

L'examen médico-légal a montré qu'il s'agissait bien d'un cas de démence symptomatique d'une méningo-encéphalite et le meurtrier fut déclaré irresponsable. Mais il est une question qui vient compliquer cette affaire : une action civile va être intentée contre la famille de cet aliéné, tendant à la rendre responsable de l'assassinat commis par le malade qu'elle n'avait pas soumis à une surveillance suffisante.

J. M.

Des troubles de la motilité générale dans les paralysies soi-disant spécialisées, par M. FÉRÉ.

Les paralysies soi-disant spécialisées, telles que l'aphasie, l'agraphie, la surdi-mutité, etc., sont accompagnées de troubles de la motilité générale. Il en est également ainsi dans l'*astasia-abasie*. Chez deux hystériques F. a constaté chez l'un une abasie à forme paralytique et chez l'autre une abasie à forme trépidante. Il s'est assuré, au moyen de recherches dynamométriques, qu'en dehors de leur impuissance à marcher, à se tenir debout, etc., il existait, chez les deux malades, un affaiblissement de la contractilité musculaire pour tous les mouvements en général, en un mot une véritable parésie de la motilité générale. Il résulte de ces considérations qu'il n'y a pas, à proprement parler, de paralysies systématisées.

Les deux astasiques-abasiques ont été traités par les injections de suc testiculaire, mais sans résultat. Le premier n'a reçu qu'une injection et, sur refus de recevoir la seconde, F. lui infligea une punition qui le mit dans une colère telle qu'il fut instantanément guéri.

Le second reçut trente injections environ, mais sans résultats appréciables. Il guérit, mais comme guérissent beaucoup d'accidents hystériques, en dehors et indépendamment de toute médication.

J. M.

Sur l'origine infectieuse de l'hématome des aliénés, par le Dr PELLIZZI (Riv. sperim. di fren., 1892).

Les faits cliniques et anatomiques, les observations bactériologiques et expérimentales conduisent l'auteur à admettre pour l'héma-

tome des aliénés une origine infectieuse. Dans cinq cas qu'il a pu étudier, il était déterminé par un microcoque en chaînette, constitué par 4 à 10 éléments, très semblables au streptocoque de l'érysipèle et au streptocoque pyogène. Il n'y a aucune importance à rechercher dans quelles formes mentales se développe de préférence l'hématome et cela n'a aucune valeur certaine pour le pronostic de l'affection. L'ouverture de la cavité de l'hématome et les lavages antiseptiques abondants constituent un mode de traitement rationnel et nécessaire. L'ouverture doit être pratiquée au début de l'hématome ; les lavages doivent être répétés, abondants et doivent être poussés avec assez de force contre les parois de la cavité. Il est nécessaire, lorsque l'on constate un cas d'hématome dans une section de malades, d'user des plus grandes précautions antiseptiques, surtout quand l'hématome s'ouvre à l'extérieur et se vide de son contenu, afin de ne pas transporter à d'autres malades le germe de la maladie.

L'état de rêve et les faits psychiques qui l'accompagnent, par
H. SMITH-WILLIAM (*Americ. Journ. of insanity*, 1892).

Il faut distinguer trois états d'âme : l'état de veille, l'état de sommeil profond et l'état de rêve intermédiaire entre les deux autres. Dans l'état de sommeil profond, les vibrations du cerveau qui n'est jamais inactif sont assez faibles pour ne pas affecter la mémoire.

Dans l'état de veille, au contraire, les vibrations sont conscientes et peuvent être rappelées à notre esprit.

L'état de rêve ne diffère de l'état de veille que par la faiblesse de certaines vibrations. Le rêve se compose de quelques concepts ou images saillant sur un fond d'idées vagues et ternes ; sorte d'arrière-plan à peine conscient pendant la vie, totalement oublié au réveil. Si le rêve, à première vue, diffère des opérations de l'esprit à l'état de veille, ce n'est pas que l'esprit manque d'unité ; c'est que les idées intermédiaires dont nous sommes conscients à l'état de veille nous échappent pendant le rêve. Si nous avons rêvé qu'un homme devenait cheval, puis oiseau, c'est que par une association naturelle d'idées nous avons passé de l'idée d'homme à celle de cheval puis à celle d'oiseau, mais que, les intermédiaires nous échappant, nous attribuons à cet homme les caractères du cheval puis de l'oiseau.

Une autre différence de l'état de rêve et de l'état de veille, c'est que, pendant celui-ci, certaines idées, celles de personnalité, de temps, d'espace, etc., sont très présentes à notre esprit et que, pendant le rêve au contraire, elles s'affaiblissent au point de n'être plus conscientes. De là le fait que nous pouvons en rêve perdre notre personnalité.

En somme, l'état de rêve est en tous points comparable à l'état de veille sauf que certaines vibrations du cerveau et les idées qui leur correspondent sont moins fortes, par suite d'une diminution de l'afflux du sang au cerveau.

Il en résulte une rupture d'équilibre entre nos idées pendant le rêve; certaines d'entre elles dominent et éclipsent toutes les autres.

Certaines folies ne sont autre chose que l'état de rêve prolongé pendant la veille; telles sont l'idée fixe et la mélancolie. Dans ce cas, l'aliéné est absorbé par la contemplation d'une seule idée ou d'un seul objet.

Toutes les autres perceptions s'affaiblissent et comme il manque des points de comparaison, le malade a une tout autre vue des choses que l'esprit normal. Imaginons qu'en regardant au microscope une pétale de fleur, nous fassions abstraction de tous nos souvenirs, que nous l'isolions de la fleur et du reste du monde; nous serons dans la situation d'esprit de l'aliéné.

Ce manque de coordination des perceptions et des idées chez le mélancolique ou l'halluciné vient d'une anémie du cerveau. Rétablissez la santé physique du malade et la santé morale suivra comme une conséquence nécessaire.

Il ne faut pas conclure que partout où il y a illusion, il y a folie; mais partout où il y a folie, il y a illusion. Le génie est une rupture partielle d'équilibre, c'est un état anormal.

La tendance de la race doit être vers le juste équilibre des facultés et pour ainsi dire, vers la stabilité de l'esprit.

(*Arch. de Neurol.*, 1893.)

Traitement de l'hématome de l'oreille, par le Dr SMITH WILLIAMS
(*Americ. Journ. of insanity*. 1892).

L'opinion la plus courante sur le mode de production de l'hématome de l'oreille est que cet épanchement de sang est consécutif à un traumatisme, quelquefois fort léger, mais ce traumatisme n'a déterminé l'épanchement sanguin que grâce à une modification des tissus de l'oreille.

Abandonné à lui-même, l'hématome guérit la plupart du temps, soit que la peau distendue ait subi un nouveau traumatisme qui détermine l'évacuation du contenu de la tumeur, soit que l'épanchement se résorbe de lui-même; mais, dans tous les cas, il persiste une déformation considérable de l'oreille grâce à la formation d'un tissu cicatriciel fibreux ou cartilagineux.

Les différents traitements appliqués à l'hématome de l'oreille, lorsque ce dernier est arrivé à tout son développement (vésicatoires,

ouverture), n'ont pas donné de résultat satisfaisant; aussi, beaucoup de médecins sont arrivés à cette conclusion à laquelle se rattache pleinement l'auteur, que la non-intervention est la meilleure conduite à tenir en face d'un hématome de l'oreille arrivé à son développement. Mais un traitement appliqué au début, en empêchant l'hématome de se développer, empêche aussi la formation de la cicatrice vicieuse. Le traitement préconisé par l'auteur est donc une sorte de traitement abortif : si l'épanchement se produit, c'est grâce à une pression s'exerçant de dedans en dehors (pression sanguine); le traitement rationnel de l'auteur consiste à combattre cette pression par une autre pression contraire s'exerçant de dehors en dedans et pour arriver à ce but, il suffit d'étendre sur toute la surface interne de l'oreille plusieurs couches de collodion élastique. Après dix ou quinze jours d'une telle compression, non seulement l'hématome a disparu, mais encore il ne se reproduit pas.

L'auteur, avec cette méthode bien appliquée, n'aurait pas encore rencontré d'insuccès.

E. B.

De la folie en Amérique et des soins donnés aux aliénés, par le Dr GODDING (*Amer. Journ. of insanity*, 1892).

A propos de la récente loi de l'état de New-York, qui déclare les aliénés pupilles de l'État et les place dans les hôpitaux d'État, l'auteur jette un regard d'ensemble sur les progrès accomplis pour le traitement des aliénés, sur l'installation des asiles d'aliénés et sur les progrès thérapeutiques.

En Amérique la situation est encore pire qu'en France, relativement à l'encombrement. On a jusqu'à présent bâti des asiles trop monumentaux, trop luxueux et par suite trop coûteux où l'on entasse un trop grand nombre d'aliénés : il est temps, dit l'auteur, que l'on considère plutôt l'utilité des constructions que leur architecture, le confort des malades plutôt que l'orgueil des comités de construction : « Il faudrait désormais moins de cérémonies de pose de premières pierres, mais plus d'emploi courant de la brique. »

Doit-on créer des asiles spéciaux pour les cas aigus? — En éloignant les cas aigus des asiles, on rendrait ainsi presque nul le mouvement des sorties, mouvement qui donne aux malades chroniques l'espérance de sortir à leur tour et leur aide ainsi à supporter la rigueur de l'internement.

Une fois l'aliéné interné, qu'il soit aigu ou chronique, l'occupation hygiénique, lorsqu'elle est possible, lui rendra les plus grands services; mais en plus, et quelque puisse être le pronostic, on devra mettre à contribution, pour essayer de le guérir, tous les moyens

thérapeutiques indiqués par les recherches scientifiques, agents chimiques, intervention chirurgicale, hypnotisme, électricité, hydrothérapie, etc. : « tenter quelque chose pour sauver un homme qui se noie vaut mieux que ne rien tenter du tout. »

En regard des chaînes, menottes, cachots, barres de fer, anneaux, etc., qui, il y a à peine quelques années, constituaient presque uniquement l'arsenal thérapeutique des asiles, l'auteur se plaît à constater que la clef de voûte du traitement actuel des aliénés consiste dans le maximum de soins et dans le minimum de contrainte.

E. B.

La contrainte corporelle dans le traitement de la folie, par le Dr W. WORCESTER (*Americ. Journ. of insanity*, 1892).

L'auteur fait connaître les conclusions auxquelles l'a amené une pratique de quatorze années :

1° Les maisons d'aliénés peuvent obtenir de grands succès médicaux sans employer aucune contrainte corporelle; 2° dans la grande majorité des cas où cette contrainte était regardée unanimement comme nécessaire, l'expérience a montré qu'elle pouvait être remplacée par bien d'autres moyens : l'occupation, la distraction, l'éloignement des causes d'excitation associées à la patience et à la prudence des gardiens, peuvent donner de meilleurs résultats contre la violence des malades que les courroies et les camisoles de force; 3° dans un petit nombre de cas cependant, les mesures de douceur sont infructueuses; tel est l'épileptique atteint de fureur et dans ces cas, il faut employer la contrainte corporelle, la réclusion et les sédatifs.

En 1882, les premiers effets dans cette voie étaient tentés, les actes de violence, loin de devenir plus fréquents, sont devenus plus rares et on a vu des malades, rangés parmi les plus violents, devenir de bons travailleurs. Pourtant, dans quelques cas, cette règle de conduite n'a amené aucun résultat. L'auteur fait passer en revue les cas où il a échoué.

Actes de violence et de destruction. — Une femme âgée ayant des instincts de destruction est restée absolument indifférente à tous moyens de coercition. Mais d'autres malades ont été calmés. C'est ainsi qu'une jeune femme ayant des instincts homicides fut ramenée à la douceur par l'emploi d'un manchon, qu'un épileptique menacé d'une pareille mesure céda à cette discipline, et qu'une malade refusant de s'habiller ne recommença plus jamais, après quelques jours de camisole.

Habitudes malpropres. — Tous les aliénistes ont eu des malades

ayant le passion de barbouiller leurs personnes ou leurs chambres avec leurs excréments. L'auteur cite le cas d'un homme auquel nul moyen n'avait réussi et qui se corrigea après sa mise en cellule. Une femme atteinte de manie chronique changea ses habitudes de malpropreté après une semaine de camisole. Nulle autre méthode que la force n'aurait amené un pareil résultat.

La coercition dans la sécurité des malades. — Quand la patience a été inutile et que les gardiens sont soumis chaque jour à des brutalités, les punitions corporelles, tout en étant un mal défendu, sont un mal nécessaire. Beaucoup d'agités n'ont pu être calmés ni par la patience, ni par le changement de leurs gardiens, et ont dû être l'objet de mesures coercitives.

Avantages comparés de l'emploi ou du non-emploi des moyens de contrainte. — Il y a des cas, rares cependant, où la folie ne peut être réprimée que par la coercition, c'est-à-dire la contrainte physique, la réclusion et l'administration de sédatifs. Tous ces moyens ont leur valeur propre et présentent comparativement les uns aux autres des avantages et des inconvénients. La réclusion a l'avantage d'éloigner le malade des causes extérieures d'agitation, mais elle a le grand inconvénient de le laisser tout entier à ses idées morbides. Les malades qui sont continuellement renfermés sont portés à la méchanceté et à la violence. L'emploi des narcotiques est peu recommandable pour l'auteur, car il n'a pu obtenir de succès sans constater, en même temps, des phénomènes d'intoxication.

E. B.

Les cas de folie dans la pratique médicale ordinaire, par
A. H. NEWTH (*The Journal of Mental Science*, 1892).

A l'aide de plusieurs observations, qu'il ne s'est d'ailleurs pas efforcé de grouper systématiquement, l'auteur cherche à montrer que, dans la pratique médicale ordinaire, certains cas d'aliénation peuvent être utilement traités sans que l'on ait recours à l'internement, ni aux agents médicamenteux usités dans le traitement de la folie; il signale notamment certains cas où le trouble mental est sous la dépendance d'une lésion organique qu'il s'agit alors de rechercher et de traiter. Mais il s'empresse de reconnaître que si le milieu ambiant paraît agir défavorablement sur l'état mental, si les ressources du traitement à domicile sont insuffisantes, si enfin le malade a la moindre tendance au suicide ou à l'homicide, il faut se garder d'apporter le moindre retard à l'internement.

Le traitement familial des aliénés à Dalldorf, par A. BOTHE
(*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1893).

On sait qu'à l'asile d'aliénés de Dalldorf (asile municipal de Berlin) est annexée une organisation pour le traitement familial des convalescents ou des malades tranquilles. Ces aliénés sont placés chez des particuliers. Ils restent soumis à la direction de l'asile et confiés au traitement des médecins de celui-ci. Ce sont les résultats obtenus pendant les deux dernières années qui font l'objet de l'étude publiée par le Dr Bothe. Celle-ci est la reproduction d'une conférence faite devant la société psychiatrique de Berlin, le 15 juin 1892.

Pendant cette période de 2 ans, 424 personnes furent soumises au mode de traitement en question (210 H., 214 F.). A la fin de la période il y avait en traitement 203 personnes (environ 6,5 % de la population totale de l'asile).

Ils étaient atteints d'imbécillité ou d'idiotie (64); d'épilepsie ou d'hystérie (106); de paralysie (20); de démence sénile (25); d'autres affections chroniques (209).

Les demandes de malades ont constamment dépassé les besoins, de telle sorte que l'on a toujours pu faire un choix parmi ceux qui se présentaient comme « nourriciers. » Quelquefois ce sont des parents des malades qui demandent à les recevoir; mais on a pu s'assurer que le séjour chez des étrangers était bien préférable au séjour chez des membres de la famille. Parmi les nourriciers se trouvent un assez grand nombre d'anciens infirmiers ou gardiens de l'asile. Les malades sont placés en partie à Berlin, en partie à Dalldorf ou dans des villages voisins.

Un des médecins de l'asile est spécialement chargé du traitement des malades placés chez les particuliers et de la surveillance de leur installation. Ce médecin, restant chargé de ce service pendant une période assez longue, apprend bientôt à connaître les nourriciers, à apprécier leur intelligence et leur moralité, comme à se rendre compte des besoins et des désirs des malades. Quand un malade désire être placé chez un particulier et que ce mode de traitement est jugé applicable, il choisit parfois lui-même la famille où il veut être envoyé. La rétribution payée par l'asile est généralement de 25 marcs par mois. Elle est moins élevée si le malade est capable d'indemniser plus largement son nourricier par son travail. Elle est plus élevée dans quelques cas particuliers, quand les malades ont besoin de certains soins spéciaux. C'est aussi l'asile qui fournit les vêtements et le linge de corps.

Les relations entre malades et nourriciers sont généralement très bonnes. La plupart des nourriciers ont pour leur malade un véritable

attachement. Il en résulte même parfois quelque inconvénient au point de vue de la surveillance, le nourricier de crainte — qu'on ne lui change son malade ne se faisant pas faute — de dissimuler ses violences ou ses écarts de conduite.

En cas d'accident ou de maladie, les aliénés sont soignés par un médecin des pauvres, envoyés à l'hôpital ou repris dans l'asile.

Les accidents sont rares. Il y a eu deux suicides. Il y eut quatre grossesses; mais il s'agissait de femmes dont l'état d'aliénation était loin d'être évident pour le vulgaire et les nourriciers n'ont pu être incriminés. Les contraventions et les délits furent moins nombreux qu'on n'aurait dû s'y attendre pour un personnel qui comprenait plusieurs individus déjà antérieurement condamnés.

Les cas de violences ou de destruction furent observés presque exclusivement chez les malades placés auprès de membres de leur famille. Il y eut un cas de violences corporelles graves exercées par un nourricier sur son malade. Ce nourricier fut traduit en justice.

Chez quelques malades on constata des dispositions à se plaindre injustement de leurs nourriciers, à leur reprocher de mauvais traitements à adresser à l'administration d'autres dénonciations dont l'enquête démontra la fausseté. Ces malades furent repris à l'asile.

Les évasions sont presque toujours le fait d'anciens alcooliques. Le plus souvent ces individus ne tardent à revenir au bout de quelques jours chez leurs nourriciers, dans un lamentable état. D'autres fois ils sont ramenés à l'asile.

Chez deux malades le changement de régime exerça une influence si défavorable sur l'état de la maladie qu'on dut les reconduire à l'asile.

Le retour à l'asile est ordonné d'ailleurs par le médecin chaque fois qu'il le juge convenable. Quelquefois c'est le nourricier qui ramène son malade ou c'est le malade qui, de son propre mouvement, se présente à l'asile.

L'organisation du service des aliénés chez les particuliers a été commencée en 1885 par Sander. Il a été continué par le Dr Otto.

C'est depuis 1890 que l'auteur est spécialement chargé du service; voici les conclusions qui résultent de ses observations :

1. Le système familial ne doit pas être considéré comme un pis-aller, mais comme un complément précieux et indispensable d'un asile public.
2. Cette organisation ne sera pas applicable partout, mais elle pourra être annexée à un grand nombre d'établissements.
3. Appliqué dans une large mesure, le système familial fournira une décharge pour l'asile.
4. Il est essentiel pour le fonctionnement du système que la sur-

veillance des malades et des nourriciers soit confiée à un médecin.

5. Le côté financier de la question doit être considéré comme accessoire. Les frais ne seront guères moins élevés que pour le traitement à l'asile.

6. Avec une organisation intelligente et dans des circonstances extérieures qui ne soient pas trop défavorables, les avantages du système l'emportent sur les inconvénients dans une telle mesure que l'on n'est plus justifié à s'opposer à son application. L. D.

Colonies d'épileptiques, par TH. EWART (*Journ. of Ment. Science*, 1893).

Le sujet présente d'autant plus d'intérêt qu'une discussion sur l'hospitalisation des épileptiques est inscrite à l'ordre du jour de l'Académie de médecine de Belgique et que la Commission nommée par le corps savant s'est ralliée à ce qu'elle regarde comme un idéal, à un projet de colonie ouverte, dans le genre de celle de Bielefeld.

Les colonies d'épileptiques doivent d'après l'auteur, recevoir les épileptiques aliénés et non-aliénés et les enfants épileptiques.

Quant aux épileptiques aliénés, leur colonisation diminuerait considérablement l'encombrement qui existe dans tous les asiles; l'accumulation d'un grand nombre de cas chroniques est fatale pour les malades qui exercent les uns sur les autres une influence défavorable; elle empêche le traitement individuel des aliénés qui en ont besoin. Les épileptiques seraient également bien surveillés dans les colonies spécialement organisées à leur intention, et leur entretien serait moins coûteux.

Les épileptiques non aliénés ont été longtemps les parias de la société; la colonie de Bielefeld, qui contient aujourd'hui plus de 1100 malades, montre tout le bien qu'on peut faire à ces malheureux. Les hommes et les femmes y trouvent les occupations et les distractions les plus variées. La colonie est un hôpital pour le traitement des épileptiques curables; un refuge pour ceux qui ont passé à la démence; une maison d'instruction et d'éducation pour les enfants; une espèce d'atelier pour les adultes.

La présence de jeunes sujets idiots et imbéciles au milieu d'aliénés adultes présente les plus grands inconvénients: ces enfants prennent la place qui devrait être réservée à des cas aigus; ils n'y reçoivent pas les soins capables de favoriser leur développement physique et intellectuel.

L'auteur mentionne dans son travail la colonie de Gheel où près de 200 épileptiques sont confiés à des nourriciers. Nous pouvons

ajouter que les accidents, même légers, y sont très rares, et que, d'après les résultats de notre expérience, la plupart, sinon la généralité des épileptiques, pourraient être placés dans les colonies organisées à l'instar de celle de Bielefeld. Pour cela il faut installer ces malades, par sections peu nombreuses, dans des pavillons séparés destinés aux déments, aux excités, aux convalescents, aux enfants fréquentant l'école, aux travailleurs, aux payants.

On a fait des objections à l'érection d'asiles spéciaux pour les épileptiques : la vie y serait monotone, désœuvrée. L'exemple de Bielefeld, où les femmes s'occupent activement et où les hommes exercent plus de trente métiers, répond à cette assertion.

On a dit aussi que l'espoir, qui rend la vie moins amère aux malheureux, serait absent dans ces institutions. A Bielefeld, sur 2407 malades, qui y ont été soignés depuis 1863, 156 se sont rétablis et 450 ont obtenu une amélioration de leur état.

Pourquoi se donner de la peine et s'imposer des frais en faveur de malades condamnés à décliner rapidement au point de vue mental? Mais beaucoup d'aliénés non épileptiques deviennent eux aussi incurables à bref délai; pourtant on ne pense pas à ne pas les soigner. Ensuite un grand nombre d'épileptiques sont très intelligents (on pourrait citer ici des noms historiques) et il en est qui gardent pour ainsi dire indéfiniment leurs facultés intellectuelles et morales. Si on les enferme, c'est que leurs accès sont suivis ou précédés de troubles passagers qui les rendent dangereux pour eux-mêmes et les autres.

En plaçant les épileptiques dans des asiles spéciaux, en les instruisant, en les éduquant, en les soustrayant au désœuvrement, nous en ferons des membres plus ou moins utiles à la Société, nous les éloignerons du vagabondage et du crime, car l'épilepsie conduit à l'un et à l'autre.

J. AL. P.

Contribution à l'étude du traitement libre et de l'emploi du repos au lit chez les aliénés, par OTTO KLINKE (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1893).

Ce travail résume l'histoire de l'abolition des moyens de contrainte et du traitement de certaines formes de folie par le repos au lit. Dans l'index bibliographique annexé à son travail, il ne cite pas moins de 165 publications des auteurs les plus divers ayant tous pour objet la question du « restraints ». Il s'étonne que plus de cinquante ans après l'introduction de la réforme de Conolly, le principe du système ne soit pas encore accepté par tous les médecins aliénistes. Partisan convaincu de l'excellence de la méthode, il attribue aux résistances

de certains médecins les préjugés qui règnent encore dans le public au sujet des fous et de la folie.

Il passe rapidement sur l'antiquité et sur les pratiques barbares du moyen-âge. Il nous montre dans des temps beaucoup moins reculés l'aliéné chargé de chaînes, soumis à une discipline de fer, exposés aux châtimens corporels les plus inhumains. Ce n'est que vers le milieu du siècle passé que grâce aux efforts de Pinel, de Reil, de Chiarugi, de Pisani, de W. Tuke on vit la situation des aliénés se modifier et que l'on vit surgir les premiers principes du traitement par des moyens plus doux. Mais en voyant tomber leur chaînes, les aliénés ne purent se flatter de jouir des bienfaits de la liberté. Les camisoles, les sièges tournants, les entraves de toute espèce, la contrainte la plus étroite paraissaient non seulement des moyens de précaution indispensables mais étaient considérés comme des moyens de traitement, comme devant exercer la plus heureuse influence sur l'état des malades. C'est alors qu'on vit les médecins rivaliser de zèle pour rechercher les entraves les plus perfectionnées. Ce n'est que quarante ans après la mort de Pinel que l'on vit en Angleterre le médecin Hill à Lincoln faire la première tentative de suppression des moyens de contrainte mécanique et en 1839 Conolly suivit son exemple avec un succès éclatant. Sur le continent et en Angleterre même, la réforme de Conolly ne se généralisa pas sans de longues et de vives résistances. Les nombreuses publications énumérées par l'auteur et les discussions qui se sont prolongées pendant bien des années sont les preuves de l'opposition qu'a rencontrée dans bien des milieux l'introduction du système. Quoi qu'il en soit actuellement les moyens de contrainte mécanique sont aujourd'hui abandonnés dans la plupart des pays et dans ceux qui les ont conservés leur application est devenue de plus en plus rare.

Malheureusement à leur emploi a succédé trop souvent, grâce aux progrès de la chimie moderne, l'usage des narcotiques et des hypnotiques. L'auteur s'élève avec force contre les abus de cette *contrainte chimique*. Il insiste en particulier sur les inconvénients des injections d'hyoscine et d'autres substances dangereuses.

Il n'admet plus comme moyen de contrainte que : l'isolement et le repos au lit. Il reconnaît que dans bien des cas l'isolement et nécessaire ; mais il n'y veut recourir que dans les cas extrêmes. Il y a tout avantage à le remplacer par le séjour au lit. Recommandé déjà par Cœlius Aurelianus (V^e siècle), appliqué dans certaines formes d'aliénation mentale par Guislain, par Griesinger, Erlenmeyer, Brosius, Snell, Herght, Fürstner, le séjour au lit serait applicable à presque tous les malades agités (mélancoliques agités, maniaques, pendant les périodes d'agitation de la paranoïa, épileptiques et

idiots, malades bruyants et malpropres, etc.). Ce n'est pas toujours sans peine pour le médecin ou les infirmiers que l'on parvient à les maintenir au lit; mais dans bien des cas on est surpris de la facilité avec laquelle on y réussit. Le traitement des malades agités par le repos est actuellement systématiquement employé dans un grand nombre d'établissements non seulement en Allemagne, mais aussi en Angleterre et en France. Il calmerait l'agitation des malades beaucoup mieux et plus rapidement que le travail forcé qui est d'ailleurs très souvent inapplicable et il présenterait de sérieux avantages sur l'isolement cellulaire qui dans quelques asiles a pu de cette façon être supprimé complètement.

L. D.

Note sur le cocaïnisme, par CONOLLY NORMAN (*Journ. of. ment. Science*, 1892).

C. N. reproche aux auteurs qui ont décrit l'action de la cocaïne de ne pas en avoir suffisamment signalé les dangers. La cocaïne est dangereuse à trois points de vue différents. Elle a un caractère particulièrement traître et insidieux. Elle produit un sentiment de bien-être, sans trouble intellectuel, sans suites immédiates désagréables. Il est à craindre que la cocaïne ne devienne, après l'alcool et l'opium, le troisième fléau de l'humanité. De petites doses restant bientôt sans effet, il faut les élever rapidement.

La cocaïne produit en peu de temps des changements organiques des tissus; l'alcool et la morphine ont une action bien plus lente. Le cocaïnisme chronique s'accompagne de dégénérescence des cellules de la moelle allongée et de la moelle épinière, des ganglions et des muscles du cœur, du tissu du foie. On trouve aussi la dégénérescence des tuniques des artères, particulièrement dans la moelle. L'épilepsie se montre fréquemment dans le cocaïnisme.

L'existence des lésions organiques explique la lenteur et la difficulté avec lesquelles les cocaïnisés se défont de leur funeste habitude; elle rend compte aussi de la disposition au collapsus qui se manifeste quand on supprime la cocaïne.

Des troubles intellectuels graves surviennent de bonne heure, au bout de trois mois, chez les cocaïnisés. Ce sont *des hallucinations de l'ouïe avec idées de persécution*; rarement des hallucinations de la vue. Le malade reconnaît parfois le caractère morbide de ces sensations. Ce sont ensuite une *excitation sexuelle* se manifestant par des goûts dépravés et la *perte de la mémoire*, surtout *de la notion du temps*.

L'auteur, comme exemple frappant de l'action rapide et intense

de la cocaïne, cite le cas d'une dame qui fut prise d'un délire érotique violent après l'application dans la cavité nasale d'une solution de cocaïne au dixième.

J. AL. P.

Un cas d'empoisonnement par le sulfonal, par NEISSER (Deutsche med. Wochenschr., 1892).

Un individu âgé de 15 ans, qui avait absorbé 100 grammes de sulfonal finement pulvérisé, fut trouvé sans connaissance, environ six heures après : on le fit vomir et on pratiqua le lavage de l'estomac.

Le tableau clinique de l'empoisonnement ne différa guère de celui qu'on a appris à connaître : Sommeil profond pendant 90 heures, modifications insignifiantes de la pression sanguine et de la respiration; au réveil, troubles ataxiques de la marche et de la parole, exanthème à la face dorsale des deux poignets. L'issue favorable d'un empoisonnement par une si forte dose s'explique par la lenteur de l'absorption dans le tube gastro-intestinal et la rapide élimination par l'urine. Pour obtenir ce résultat, on administra toutes les deux ou trois heures, des lavements d'eau tiède (plus tard, de lait, de vin) grâce auxquels, pendant quatre jours, on put obtenir une diurèse de 1000 cc.

Jaffe trouva dans l'urine le sulfonal non modifié.

X. F.

La duboisine, par MENDEL (Neurol. Centralbl., 1893).

Après avoir passé en revue les différents travaux sur cet alcaloïde, l'auteur expose les résultats de ses expériences personnelles. La duboisine a une action calmante et hypnotique chez les malades atteints d'une forte agitation motrice. M. l'administre en injections sous-cutanées à la dose de 0,5 à 0,8 milligrammes. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il monte jusqu'à un milligramme.

Comme effets toxiques secondaires il a constaté régulièrement une dilatation pupillaire (et les troubles visuels qui y sont consécutifs), une sécheresse au cou et souvent un ralentissement du pouls. M. considère le vertige et l'action de chanceler comme un symptôme l'agrypnie et de l'épuisement. Déjà à la dose de 1 milligramme l'auteur a constaté des phénomènes très inquiétants.

En dehors des maladies mentales, M. a encore administré la duboisine à 12 malades atteints de paralysie agitante. Tous ces cas ont été influencés si heureusement par ce médicament (2 à 3 fois 2 à 3 décimilligrammes par jour) qu'il le considère comme le meilleur palliatif, surtout dans les cas graves.

J. M.

Le trional comme hypnotique, par BRIE et BÖTTIGER (*Centralbl. f. Nervenh. u. Psych.*, 1893).

Brie a essayé le trional chez 42 malades avec 360 doses de 1 à 3 grm. Il le considère comme le meilleur hypnotique qui pourrait remplacer le sulfonal. Il aurait cet avantage sur les autres hypnotiques qu'il serait presque insipide, que les malades le prendraient volontiers, que son action serait prompte et que ses effets secondaires seraient insignifiants. Il le recommande aussi bien dans l'agrypnie simple que chez l'aliéné agité, même lorsque l'état d'excitation serait très prononcée. Brie recommande de le prendre sous la forme de poudre dissoute dans l'eau chaude et refroidie ultérieurement avec un peu d'eau froide.

Böttiger l'a administré à 75 malades atteint d'insomnie. Il en a donné 710 grm. en 410 doses. L'insomnie était tantôt simple, tantôt compliquée de douleurs ou d'une excitation psychique à des degrés variables. Ses doses ordinaires allaient de 1 à 4 grm., la dose maxima était de 6 grm. divisée par fractions de 1 à 2 grm. plusieurs fois par jour. Comme Brie, il le donnait peu de temps avant l'heure du coucher.

Le trional agissait le mieux dans l'agrypnie simple sans complication; 1 à 2 grm. dans ces cas suffisaient. Le sommeil se présentait après un jusqu'à cinq quarts d'heure; il était le plus souvent profond, tranquille et durait de cinq à neuf heures. Dans un seul cas, après en avoir donné 2 grm. il constata le lendemain des vertiges et un léger engourdissement. Généralement 1 grm. de trional avait une action équivalente à celle de 3 grm. de chloralamide ou de 3 grm. d'hydrate d'amylène. Dans les cas d'insomnie à la suite de douleurs le trional refusait son action. Dans deux cas de morphio-cocaïnisme, en dehors du traitement spécifique il donnait de bons résultats.

Chez 33 aliénés excités qui reçurent 145 doses de 1 à 2 grm. il se produisit le plus souvent un sommeil de six à dix heures. Même l'emploi prolongé n'a donné lieu à aucun inconvénient; le plus souvent il était possible de réduire la dose de 2 grm. successivement jusqu'à 1,5 à 1 grm. Dans plusieurs cas son action était supérieure à celle de la chloralamide; celle de l'hydrate d'amylène, de 3 à 4 grm. lui semblait égale.

Dans les cas d'hallucinations récentes chez les alcooliques le trional ne donnait aucun résultat.

Dans les cas de grande excitation (32 doses de 2 à 3 grm.) B. a obtenu un succès chez un halluciné. Dans d'autres cas le résultat était douteux; il était nul chez les paralytiques; B. obtint néanmoins plusieurs fois une action calmante à des doses fractionnées d'un

gramme. Chez 16 malades qui prirent le trional par le rectum, le résultat fut le même que celui obtenu par la bouche.

Le trional n'a pas eu d'effets secondaires nuisibles. Une seule fois, après 4 grm., il y eut vomissement et diarrhée. J. M.

Quelques remarques sur le traitement de la douleur et de l'insomnie, par DOURDOUFI (La médecine moderne, 1893).

Dans les cas de céphalalgie, où toute lésion organique du système nerveux peut être exclue, comme dans l'hémicranie, l'hystérie et les céphalalgies neurasthéniques ou anémiques, même dans les douleurs musculaires, il suffit, souvent, d'après D. d'exercer une compression à l'aide d'un ou plusieurs doigts sur le siège de la douleur pour faire disparaître le mal pendant quelque temps.

Dans un cas d'insomnie rebelle chez un homme âgé de 30 ans et qui avait résisté au sulfonal et au chloral, D. eut un résultat favorable en administrant à son malade, avant l'heure du coucher, 3 à 6 tasses de lait bouilli. J. M.

La valeur de l'application de l'hydrothérapie dans les états d'excitation psychique, par FÜRSTNER (Centralbl. f. Nerven- und Psych., 1893).

1. Il est incontestable que certains procédés hydrothérapiques dirigés par le médecin lui-même donnent des résultats avantageux chez beaucoup d'aliénés.

2. Ce traitement ne peut jamais être institué sans qu'il ait eu au préalable un examen attentif du corps.

3. Sous l'action de ce traitement on constate souvent des particularités relativement à la réaction individuelle; ces particularités doivent être prises en considération.

4. L'eau tiède est utilisée exclusivement sous forme de bains généraux. L'eau froide peut être employée sous forme de frictions, d'enveloppements, de douches et de bains partiels ou généraux.

5. On recommande le plus souvent le bain général tiède de 26 à 30 degrés pendant 10 à 20 minutes jusqu'à une heure. Des bains d'une température plus élevée et plus prolongée ne sont prescrits qu'exceptionnellement. Les résultats obtenus ne répondent pas aux difficultés de l'installation, notamment dans les maisons privées.

6. L'action du bain général chaud est triple : il calme, il favorise le sommeil, il facilite la circulation. De plus, il contribue à l'hygiène de la peau qui, spécialement chez les gâteux, les agités et les malades souffrant d'une maladie organique, doivent être traités avec beaucoup de soins.

7. Le bain général tiède est indiqué dans toutes les psychoses aiguës et fonctionnelles. Les formes dépressives, surtout quand les malades en ont souffert physiquement, s'en ressentent très avantageusement. De même dans les psychoses dues à une affection organique et spécialement dans la paralysie progressive, il rend de très bons services. Si éventuellement il y a des états congestifs, on peut y obvier par l'application simultanée du froid sur la tête.

8. Chez les malades qui s'y opposent vivement et pendant longtemps, il est recommandable de renoncer au bain; de même dans certains cas exceptionnels, difficiles à prévoir, lorsque le bain est suivi d'une aggravation des symptômes, soit des angoisses, soit de l'excitation.

9. Les procédés à l'eau froide agissent le plus souvent d'une manière défavorable dans les formes dépressives de l'aliénation mentale, particulièrement pendant leur stade aigu et spécialement chez les malades où la nutrition laisse à désirer.

Le traitement systématique à l'eau froide (système Kneipp) qui se pratique aujourd'hui sans égards pour l'état physique du corps, est généralement défavorable, au point de vue de la durée de la maladie, chez beaucoup d'aliénés.

Les conséquences de ce traitement sont d'autant plus sérieuses qu'on le prescrit de préférence au stade initial si important et que d'autre part il est très souvent accompagné d'une erreur thérapeutique : la diminution de la nutrition.

10. Le traitement du paralytique général à l'eau froide demande des précautions spéciales. Des ablutions et des douches, surtout lorsque la tête y participe, agissent d'une manière défavorable; elles augmentent spécialement les états d'excitation et semblent même favoriser l'explosion d'accès.

11. Le traitement des états d'excitation, par exemple de la manie chez des personnes jeunes et fortes, des psychoses post-épileptiques et principalement de ces formes accompagnées d'une élévation de température, sous l'action des enveloppements humides généraux donne des résultats très favorables.

12. Les frictions, les ablutions, la tête restant exceptée, sont prescrites dans les stades ultérieurs des psychoses fonctionnelles, spécialement lorsque la marche de la maladie est lente. Elles sont surtout indiquées pour combattre les nombreux états de débilité du système nerveux central, pour favoriser la résistance des malades ou des prédisposés, de même que dans les états de neurasthénie, d'hypocondrie et de convalescence. On peut encore les utiliser comme moyen prophylactique chez les prédisposés héréditaires.

13. L'eau froide rend encore souvent de bons services, sous forme

d'enveloppements partiels pour combattre des sensations, comme par exemple l'enveloppement de la poitrine dans les sensations circonscrites qui accompagnent l'état d'angoisse. D'autres sensations, par exemple, celle de la compression de la tête peuvent être soulagées par des bains froids partiels, p. ex., des bains de pied.

14. Chez certains malades gâteux les ablutions et les douches peuvent donner lieu à des améliorations. Le choix de ces malades, comme l'application de la douche, devra se faire exclusivement par le médecin. Le traitement de l'onanisme peut encore être tentée par l'application de l'eau froide.

15. Les bains froids, les bains de rivière et les bains de mer seront prescrits quand il s'agira de fortifier le système nerveux central. La réaction des individus nerveux, spécialement aux bains de mer est très variable et difficile à apprécier. Au début on ne recommandera en tout cas que les bains d'une durée très courte. J. M.

Contribution à l'assistance provinciale des idiots et des épileptiques, rapport présenté par M. ALTER (Congr. des med. aliénistes à Breslau, 1892).

On désigne sous le nom d'idiots tous les les aliénés qui dès leur naissance ou dans leur plus tendre enfance sont atteints de débilité mentale, d'imbécillité, de démence.

Sous l'influence de M. Gürich, l'administration provinciale, avec l'aide des conseillers régionaux et des magistrats, a entrepris une statistique. Nous y voyons qu'en Silésie, il y a 962 idiots et 503 épileptiques qui, indigents, devraient être assistés et qui ne sont pas encore admis dans un asile approprié. Mais cette statistique ne comprend point la ville de Breslau qui forme à elle seule un district, au point de vue de l'assistance, et l'on n'a pas encore résolu la question de savoir si l'on doit lui recevoir ses idiots et ses épileptiques ou les lui laisser assister. — D'autre part, M. Kurella raconte que, par ordonnance royale datant de 1888, les professeurs sont tenus de signaler aux inspecteurs scolaires, les enfants atteints d'infirmités et de lacunes psychiques et physiques. Il est, en consultant ces listes, aisé de trouver les idiots et les épileptiques. Or, dans le cercle régional de Kreuzbourg, il y a actuellement 22 idiots de moins de onze ans; la statistique de l'administration provinciale n'en indique que 12 dans cette même zone. — Une enquête de M. Gübitz sur la ville de Breslau n'a pas été plus sérieuse au point de vue des résultats.

Il nous paraît donc impossible de dresser une statistique fidèle de tous les idiots et épileptiques. On se bornera par suite à mettre

l'assistance de ces malheureux en harmonie avec une approximation donnée, tout en ménageant à l'institution la ressource d'agrandissements selon les besoins.

Comment *organiser* l'assistance des idiots et épileptiques? Il y a unanimité sur ce point. L'administration provinciale devra fonder des asiles publics spéciaux qu'elle conservera sous son autorité; tout en reconnaissant les services rendus par la bienfaisance individuelle, les asiles privés fondés par elle, ne sont point organisés comme il conviendrait. L'assistance de l'idiot doit reposer sur l'éducation; on doit s'efforcer d'instruire et de donner une profession afin de décharger d'autant les établissements. L'idiot perfectible sera donc surtout éduqué, exercé, développé au point de vue d'une activité utilisable. C'est pourquoi le médecin d'un asile public d'idiots devra avoir une situation toute différente de celle que lui font les asiles privés.

Idiots et épileptiques sont des malades dont l'hygiène doit être réglée par le médecin. Les exercices, leur mode, leur adaptation à tel ou tel individu, et, inversement, l'entraînement des divers sujets, tout cela appartient au médecin. Ces asiles seront donc *dirigés par des médecins* qui formeront et surveilleront les instituteurs et les infirmiers. Il faut pour arriver à son but que le médecin ait une autorité complète; il doit être le *directeur* et non le conseil, non le médecin en chef. C'est pour cela que l'administration provinciale aura sous son autorité les asiles d'idiots, de même que les asiles d'aliénés.

Logique avec elle-même, la commission a également exprimé le vœu que l'action demeure entière à l'administration provinciale et que les asiles d'idiots et épileptiques n'aient rien à faire avec le bureau d'assistance, puisqu'il s'agit d'aliénés. En Silésie, en effet, ce bureau est autonome et ne relève pas de l'administration provinciale. Il est évident que, les aliénistes ayant toute compétence en ce qui concerne le traitement et l'éducation des idiots, il n'y a pas de raison pour qu'ils se heurtent un jour ou l'autre à une fin de non-recevoir sous prétexte que le bureau d'assistance est chargé de placer ce genre de malades. Ce n'est pas tout; si l'assistance publique des pauvres idiots et épileptiques réussit, il faut s'attendre à la constitution de pensionnats; or, le bureau d'assistance n'a à connaître que de l'indigence.

Enfin la commission, après avoir examiné les avantages et les inconvénients : a) des grands asiles communs à tous les genres de l'idiotie et de l'épilepsie; — b) des asiles spéciaux aux enfants idiots et épileptiques, spéciaux aussi aux adultes idiots et épileptiques; — c) des annexes agencées près d'un asile public d'aliénés pour

traiter et éduquer les idiots et épileptiques jeunes, tandis que l'établissement proprement dit continuerait à recevoir les malades adultes, la commission a pensé que ce qu'il y avait de mieux à faire en Silésie, c'était de construire de grands asiles communs à tous les genres de l'idiotie et de l'épilepsie; mais, naturellement, en ménageant, dans ces établissements, des quartiers séparés à ces genres de malades, et en précisant que l'on s'y occuperait surtout d'éducation. Elle a donc rédigé la proposition suivante :

« Il n'y a aucun inconvénient à réunir toutes les catégories de malades idiots et épileptiques en de grands asiles communs pourvu que le but poursuivi soit l'instruction et l'éducation représentées, sous la conduite du médecin, par un institut médico-pédagogique bien et complètement aménagé qui en constitue le foyer principal. »

Après une discussion à laquelle prirent part MM. Gubitz, Gurich, Wernicke, Dornbluth, Alter, Kurella, la proposition fut adoptée. (*Arch. de Neurol.*, 1893.)

*Quelques chiffres à propos d'un asile pour aliénés criminels
(Reports upon Broadmoor criminal Lunatic Asylum).*

L'asile pour aliénés criminels de Broadmoor a été ouvert au mois de mai de l'année 1863. Le quartier des femmes reçut du 27 mai au 31 décembre de cette année 99 pensionnaires. Ce n'est que dans le courant de l'année suivante, que s'ouvrit le quartier des hommes qui reçut jusqu'au 31 décembre 222 malades.

Au 1^{er} janvier de l'année 1891, la population totale de l'asile était de 624 malades (474 H. et 150 F.).

Cette population ne se compose que d'aliénés criminels, soit que leur folie ait été reconnue avant le jugement, soit qu'ils ne soient devenus aliénés qu'après la condamnation et pendant qu'ils subissaient la peine qu'ils avaient encourus.

Les premiers, généralement désignés sous le nom de « Queen's pleasure patients, » n'ont subi aucune condamnation, mais sont mis à la disposition de la Reine pour être détenus aussi longtemps qu'il plaira à Sa Majesté. Ils comprennent : 1° ceux qui ont été reconnus aliénés avant le procès criminel ou dans le cours de celui-ci; 2° ceux qui ont été reconnus aliénés par le jury après leur mise en accusation; 3° ceux qui ont été acquittés pour cause d'aliénation mentale ou déclarés : *coupables mais aliénés* (guilty but insane).

Les seconds comprennent : 1° ceux qui ont été reconnus aliénés après leur condamnation et qui ont obtenu un sursis à l'accomplissement de leur peine; 2° ceux qui sont devenus fous pendant qu'ils purgeaient celle-ci (servitude pénale ou emprisonnement).

Depuis l'ouverture de l'établissement jusqu'au 31 décembre 1890, par conséquent pendant une période de 27 ans et 219 jours, le nombre total des admissions fut de 1960 (1505 H. et 455 F.).

Celui des sorties fut de 1336 (1031 H. et 305 F.).

Sur ce nombre les décès figurent pour 417, les évasions pour 7 (4 seulement ne furent pas repris : 1 F. et 3 H.).

116 malades furent déclarés guéris et remis en liberté;

63 furent après leur guérison renvoyés en prison;

680 furent transférés dans un autre asile, 2 dans des établissements de bienfaisance (workhouses).

Sur le chiffre total des admissions, les réadmissions figurent pour 53 (38 H. et 15 F.). Celles-ci sont occasionnées par des rechutes de la maladie chez des condamnés qui avaient été renvoyés dans les prisons, par des récidives (les individus libérés s'étant rendus coupables de quelque nouveau délit), par la réintégration des évadés ou des libérés conditionnels.

La mortalité moyenne fut de 2,67 % par an.

Les cadavres de tous les malades décédés sont soumis à l'autopsie; un procès verbal de cette opération est inscrit dans un registre spécial avec les indications suivantes : numéro matricule, sexe, âge, date de l'entrée et date de la mort, histoire du sujet avant son entrée; son état physique et son état mental pendant le séjour, le nombre d'heures écoulées depuis la mort, la température, l'état atmosphérique, les altérations observées, tête, rachis, thorax, abdomen, le poids absolu des principaux organes.

Pendant le séjour à l'établissement des malades condamnés, leur peine continue à courir. Au 31 décembre 1890, 5 malades avaient terminé leur peine, mais étaient retenus à l'établissement par mesure de précaution.

Le meurtre, l'assassinat ou la tentative de ces crimes sont les motifs les plus fréquents de l'envoi des malades à l'asile ou de leur condamnation antérieure (964 sur le chiffre total depuis l'ouverture). Pendant l'année 1890, les homicides représentaient 52 % de la population (42 % des hommes et 81 % des femmes), sur les 166 libérés après guérison depuis 1863, les homicides figurent pour 126.

Tous les malades capables de travailler sont occupés à divers ouvrages (couture, cordonnerie, tapisserie, imprimerie et reliure, travaux de jardinage ou de culture, cuisine, blanchisserie, etc.). La valeur de la main d'œuvre accomplie représente annuellement environ 4000 liv. (100,000 fr.). Une huitième du produit du travail est attribué au malade.

Le personnel de l'établissement comprend : un médecin-directeur, un sous-directeur, deux médecins-adjoints, un chapelain, un aumônier

catholique, un économiste, cinq commis, un chef des gardiens pour les hommes, 76 gardiens ou aide-gardiens pour les hommes, une dame directrice des gardiennes, 28 gardiennes pour les femmes, 1 cuisinier et 2 aide-cuisiniers, un boulanger, un portier, 2 jardiniers ou chefs de culture, etc.). Les traitements de ces divers fonctionnaires s'élèvent annuellement à une somme de 10175 liv. 13 s. 9 d. (environ 252,000 fr.). Après chaque année de séjour le traitement du fonctionnaire augmente d'une somme fixe jusqu'à un certain maximum. Le médecin-directeur reçoit par an 900 liv. (22,500 fr.) plus le logement et l'entretien de son jardin. Un gardien reçoit 1,120 fr. plus l'habillement, le logement et la nourriture, les gardiennes 625 fr. plus la nourriture, le logement, le blanchissage et l'uniforme (comme minimum).

Sur les 76 gardiens actuellement en service, 60 sont à l'établissement depuis plus de 5 ans, 15 depuis plus de 20 ans, 9 depuis plus de 25 ans. Les gardiennes ne restent généralement pas aussi longtemps : 38 %, seulement dépassent les 5 ans de service.

Pendant l'année qui s'est terminée le 31 mars 1891 le total des dépenses effectuées pour l'alimentation du personnel s'est élevé à 2,834 liv. 12 s. 5 d.; pour l'alimentation des malades à 7,178 liv. 3 s. 3 d.; pour l'habillement des malades à 1,083 liv.; pour les literies à 349 liv. 17 s. Le budget des dépenses s'est élevé à 27,215 liv. 6 s. 6 d. (près de 681,000 fr.). Ce qui représente une dépense moyenne de 43 liv. 10 s. 10 d. (environ 1,080 fr.) par tête de malade.

Dans ce budget ne sont pas compris les frais résultant de la construction de nouveaux quartiers et de l'entretien des bâtiments existant. Ces frais s'élèvent pour l'année à plus de 90,000 fr.). L'asile occupe actuellement une superficie de 97 acres entourés de murs (l'acre vaut environ 80 ares). Les terrains de culture (extra-muros) s'étendent sur une surface de 165 acres.

Ils comprennent des champs de céréales, des potagers, des prairies pour l'élevage du bétail. L'établissement possède en outre une soixantaine d'acres de bruyère inculte.

La ferme renferme 13 chevaux, 2 taureaux, 34 vaches, un grand nombre de moutons et plus de 100 porcs. La plupart des produits de la culture sont consommés dans l'établissement. Une partie cependant est vendue. Les sommes provenant de la vente rentrent dans la caisse de la ferme (administrée d'après un budget particulier).

Le régime alimentaire des pensionnaires est bien celui d'un asile. Ils font trois repas par jour. Le déjeuner et le souper sont composés de thé avec lait, pain et beurre. Le menu du dîner varie suivant les jours de la semaine; il se compose de viande, pommes de terre et légumes, pouding, bière et pain. Le pain est distribué à discrétion.

Les malades sont soumis au régime prescrit par le médecin. Les pensionnaires qui travaillent ont un repas supplémentaire composé de pain et de fromage, de gruau, etc.

L'état sanitaire est généralement très bon; la mortalité moyenne est inférieure à celle des autres asiles anglais qui reçoivent des aliénés criminels. Il en est de même du chiffre des évasions.

Les suicides sont très rares. Les moyens de contrainte mécanique ne sont pas employés.

Par contre les encellulements sont fréquents et se prolongent pendant des périodes assez longues. L'ordre et la propreté y sont tout à fait remarquables.

D^r D.

Crime et folie chez la femme. Recherches statistiques cliniques et de biologie anthropologique, par le D^r NÄCKE. 1^{re} partie (*Allg. Ztschr. f. Psychiatrie*, 1892).

Dans la première partie qui forme plus de la moitié de son mémoire, l'auteur donne le résumé de cent observations de femmes aliénées, dont 53 sortaient directement de maisons de détention et 47 ont été placées à Hubertusburg après avoir été condamnées une fois au moins dans leur vie ou soumises à une instruction judiciaire.

La deuxième partie s'occupe de l'étude statistique de ces observations, qui conduit l'auteur aux conclusions suivantes : Dans le premier groupe (celui des 53 sortants de prison), on en compte 20 à 25 % déjà aliénées, c'est-à-dire irresponsables lorsqu'elles ont été condamnées! Ce chiffre est au-dessous de la vérité, si on le compare à ceux d'autres auteurs. Malgré les difficultés d'obtenir des renseignements sur les antécédents héréditaires et les lacunes très grandes qui en résultent, Näcke a pu constater l'hérédité psychopathologique 21 %. C'est un minimum, et comme l'auteur le fait remarquer, il est pour le moins étonnant que la syphilis, l'alcoolisme et les condamnations des parents ne soient notées que dans des cas très rares! Il suppose qu'on se rapprocherait mieux de la réalité en comptant 60 % de ces héréditaires. (Il suffit pour cela d'y ajouter les cas où les antécédents sont absolument inconnus.)

Recherchant les causes des maladies mentales chez les prisonniers, le D^r Näcke affirme que le régime cellulaire ne provoque pas par lui-même la folie et que, lorsqu'elle éclate, on trouve toujours chez le malade une prédisposition à l'aliénation mentale. Le nombre des cas de folie augmente avec la durée de l'emprisonnement, il est vrai, mais ce fait n'a qu'une importance secondaire, car les psychoses deviennent très rares après deux ans de prison. Maints cas sont dus peut-être à l'auto-intoxication par une mauvaise alimentation,

comme le pense Wagner. Parfois aussi les excès d'onanisme, bien qu'il ne soit pas prouvé que les individus placés en cellule se livrent à ce vice plus que les autres. En résumé, il est impossible de dire quelles sont les circonstances de la vie de réclusion qui déterminent les psychoses chez les individus prédisposés, devenant aliénés en prison. Un mauvais traitement amène facilement des récidives, et les circonstances les plus futiles peuvent devenir la cause de l'apparition d'une psychose latente. En tous cas, une prison bien organisée ne sera jamais par elle-même une cause d'aliénation chez la femme.

Parmi le second groupe de condamnées (celles qui sont entrées en conflit au moins une fois avec les lois), 40 à 50 % étaient manifestement aliénées, souvent même pour les profanes et n'ont pas été reconnues telles par les juges. Ce groupe renferme surtout des femmes condamnées pour vol, vagabondage et meurtre. La moitié des vagabondes étaient plus ou moins imbéciles ou idiotes. Il est étonnant qu'on mentionne si rarement parmi les causes déterminantes de la folie, dans le cas de ce deuxième groupe, la syphilis et l'alcoolisme, une fois seulement d'une manière à peu près certaine! (1) Näcke a retrouvé l'hérédité dans 56 % de ses cas.

La troisième partie traite de la forme des psychoses observées chez les prisonnières. La grande majorité des affections mentales s'est manifestée pendant la première année de la réclusion, 65 % des cas, comme l'ont observé la plupart des auteurs. La maladie mentale paraît éclater plus facilement chez l'homme isolé en cellule que chez la femme. Si Näcke n'a pas constaté un plus grand nombre de cas d'aliénation précoce, cela tient sans doute au fait qu'il ne compte pas dans ses observations des cas de criminelles passionnelles, mais seulement des criminelles d'habitude. Chez celles-ci la paranoïa domine et, chose remarquable, la mélancolie fait complètement défaut. Il est très probable, qu'on a souvent compté parmi les manies des cas de folie systématisée. Nous trouvons un seul cas de paralysie générale, chez les 53 prisonnières, parmi lesquelles sont de nombreuses prostituées, qui fournissent d'ordinaire un assez grand nombre de paralytiques générales. La syphilis est fréquente chez les criminels en général, et la paralysie générale, au contraire, rare. Näcke recommande la méditation de ce fait à tous ceux qui admettent un intime connexu entre la syphilis et la paralysie générale, mais nous ne voyons rien là de contraire à cette doctrine; cela prouve seulement que les criminels syphilitiques ne deviennent pas

(1) Näcke se plaint dans son travail de l'insuffisance des renseignements dans l'histoire des malades.

paralytiques généraux, parce qu'ils échappent aux causes occasionnelles nécessaires à l'éclosion de la paralysie générale chez les individus infectés de luës. Ils y échappent peut-être précisément parce qu'ils sont criminels, de sorte que l'exception prouverait la règle.

La paranoïa, affection du cerveau invalide, est donc la psychose de prédilection chez les prisonniers et presque tous les cas (90 5 %) appartiennent à la forme hallucinatoire. Selon Näcke, la confusion hallucinatoire aiguë, l'*amentia* de Meynert, la paranoïa hallucinatoire aiguë et le délire d'emblée des dégénérés de Magnan sont une seule et même chose. Cette forme est plus fréquente chez les femmes et l'on doit sans doute y ranger aujourd'hui beaucoup de cas que l'on classait auparavant dans la mélancolie et la manie, la folie menstruelle, la mélancolie agitée, etc. Ajoutons que parmi les nombreuses observations de Näcke, il s'en trouve peu de réellement typiques; la plupart sont assez confuses et incomplètes et ne permettent pas un diagnostic très précis.

Il résulte de cette étude qu'il n'y a rien de spécifique dans les psychoses des prisonniers, comme on l'a reconnu souvent déjà, et que, si elles présentent quelques particularités qui les distinguent du tableau clinique des psychoses ordinaires, il ne faut pas en rechercher la cause dans la vie des prisonnières, mais plutôt dans la nature anormale de la plupart des criminelles d'habitude. L'une de ces particularités, la fréquence de la terminaison par la démence s'explique par la faiblesse d'esprit originelle de ces malades. Tout en eux respire, du reste, le vice et le crime, le manque de sens moral. Ces défauts du caractère troublent les symptômes de la maladie mentale, cela va sans dire, et leur donnent un aspect spécial. Selon Näcke, il existe encore moins une « psychose des vagabonds » qui sont le plus souvent des faibles d'esprit, des épileptiques, des neurasthéniques et des systématisés primaires, mais ne se distinguent en aucune manière des autres aliénés.

Dans une quatrième partie, l'auteur discute la question si fréquemment agitée du placement des aliénés criminels et des criminels aliénés. Näcke fait un tableau navrant des troubles que ces malfaiteurs et ces vicieux apportent dans les asiles d'aliénés, lorsqu'on les y reçoit en assez grand nombre. Sans exagérer, dit-il, nous devons compter un tiers de nos malades comme éléments perturbateurs, et il suffit de deux ou trois de ces individus pour agiter et troubler toute une grande division, « comme un brochet dans un étang de carpes ». Le seul timbre de leur voix, brutal et criard, trahit leur vilain caractère, et ils se plaisent surtout à faire du tapage nocturne. Chacun cherche à s'en débarrasser en les transférant dans d'autres divisions ou dans d'autres asiles, et il est nécessaire de les

placer à part, car le traitement rationnel des autres aliénés devient impossible avec eux.

Il n'y a que trois manières de résoudre cette question : 1° l'asile central, 2° le quartier d'aliénés annexé à la prison, 3° l'annexe à l'asile des aliénés. L'asile central ne convient qu'aux grands pays et présente beaucoup d'inconvénients. L'auteur pense que les non-dangereux peuvent être gardés dans les asiles ordinaires, d'autant plus qu'un très grand nombre d'entre eux ont été condamnés injustement, puisqu'ils étaient déjà malades. Pour les autres, ce qui convient le mieux, c'est le quartier d'aliénés annexé à la prison; c'est le système de l'avenir, pense Näcke, surtout pour les petits États.

L'auteur dit quelques mots seulement du traitement des criminels dans les asiles d'aliénés et recommande de ne pas pousser ici trop loin la doctrine du *non restraint*. Il n'est pas question sans doute de les frapper, mais ils ont besoin de peines disciplinaires, éventuellement les douches et la camisole de force.

En terminant Näcke soulève la question de la sortie des aliénés criminels guéris, que l'on garde souvent à perpétuité dans les asiles à cause de l'opinion publique; puis, il insiste avec raison sur la *réhabilitation publique* des innocents condamnés, qui étaient aliénés au moment où ils ont commis l'acte criminel qui leur est reproché. Cette réhabilitation est surtout importante pour les familles de ces malheureux. Voilà pourquoi il faut que les médecins des prisons aient les connaissances psychiatriques indispensables. Il faut aussi introduire dans les Universités la psychiatrie et l'anthropologie criminelle comme branches obligatoires d'étude dans les Facultés de droit, ainsi qu'on l'a demandé aux Congrès de Paris (1889) et de Bruxelles (1892).

PAUL LADAME.

La criminalité et la folie chez la femme, par P. NÄCKE.

2^e partie (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1893).

La seconde livraison du travail de Näcke est consacrée à l'étude des caractères biologiques et anthropologiques de ses aliénées criminelles. Et tout d'abord, il demande : que faut-il entendre par *criminel*? La conception du criminel varie comme les lois et la morale, suivant les peuples, les climats, le degré de civilisation, etc. Il existe dans toute société bien des individus réputés honnêtes auxquels pour devenir criminels il n'a manqué que l'occasion. Le fait d'être tombé sous l'application des lois n'est pas un criterium suffisant, car les criminels d'habitude ont souvent moins dépravés que d'autres, plus adroits, qui ont su se glisser entre les mailles des codes et avec Manouvrier il faut se demander si les criminels emprisonnés ne

constituent pas simplement une catégorie de criminels plus facilement saisissables par la loi ou la police, plus particulièrement dangereuse pour la tranquillité publique. Il existe de l'homme le plus honnête à l'homme le plus pervers une gradation ininterrompue. Ce sont ceux qui sont au bas de l'échelle que nous désignons sous le nom de criminels.

C'est dans ce sens que l'auteur a entrepris son travail destiné à prouver : 1° pourquoi les criminels sont devenus le rebut de la société et jusqu'à un certain point ils devaient nécessairement le devenir ; 2° qu'au point de vue biologique comme au point de vue anthropologique il n'existe entre eux et le restant de l'humanité que des différences de degré, de telle sorte qu'il ne peut être question d'un *type criminel* ; 3° que de même que la morale, de même les tendances criminelles ne sont point en elles-mêmes congénitales et héréditaires.

Lombroso a prétendu attribuer au criminel, mais spécialement au criminel-né, un ensemble de caractères physiques et psychiques, de *stigmates* qui le différencient des autres hommes. Il a réuni un matériel considérable ; mais il ne s'est préoccupé ni des différences de race, ni des différences d'âge, de condition sociale, de profession, etc. Ses démonstrations ne résistent pas à la critique. Son imagination et son parti-pris l'entraînent à des conclusions arbitraires et à de nombreuses contradictions.

Pour échapper aux reproches que l'on peut à bon droit adresser à Lombroso, l'auteur s'est efforcé de ne comparer entre eux que des sujets du même âge, de même position sociale, appartenant à une race relativement peu mélangée, habitant les mêmes lieux, etc. A cet effet il a comparé : 1° les 53 femmes aliénées qui lui furent amenées de la prison à l'asile ; 2° 47 aliénées ayant subi des condamnations ou ayant été l'objet de poursuites ; 3° 41 aliénées prises au hasard dans l'asile (à l'exception des paralytiques, des épileptiques et des idiots) ; 4° enfin 100 gardiennes ou infirmières.

Il examine successivement : l'état de santé générale, la couleur des cheveux, la couleur des yeux, la taille ; la conformation, l'envergure, le rapport de l'envergure à la taille. Ces épreuves lui fournissent pour les diverses catégories de sujets des proportions sensiblement égales. Il constate que chez 60 % des aliénées et chez 72 % des normales l'envergure dépasse la longueur de la taille.

Il passe alors aux mesures crâniennes, prend la circonférence horizontale et la circonférence verticale, constate que chez les femmes normales la circonférence horizontale est en moyenne un peu plus grande que chez les aliénées, que par contre la circonférence verticale est plus élevée chez les aliénées et surtout chez les criminelles. Pour la mesure du diamètre longitudinal, du diamètre transverse et

de la hauteur, les chiffres donnent une moyenne un peu plus élevée pour les normales que pour les aliénées. Le mesurage comparatif des régions frontales et des régions occipitales lui montre aussi qu'en moyenne chez les normales la région frontale est plus développée que chez les aliénées, que la région occipitale est plus développée chez ces dernières et que la différence entre la région frontale et la région occipitale est plus considérable chez les normales. Mais toutes ces différences sont peu sensibles. D'après ses calculs il estime la capacité crânienne des normales très légèrement supérieure à celle des aliénées. Tarnowsky avait de même trouvé les mesures crâniennes inférieures chez les prostituées et les voleuses.

Il s'occupe ensuite de la conformation du crâne, reconnaît que les *mésocéphales* prédominent dans les quatre catégories, mais surtout chez les normales; que les très grosses têtes et les très petites (sous-microcéphales) sont les plus fréquentes dans la catégorie des criminelles. Les dolichocéphales sont, chez ses sujets, en infime minorité et s'observent principalement chez les aliénées.

Il néglige les asymétries légères toujours difficiles à constater au crâne. Une asymétrie bien marquée est rare et est encore plus rare chez ses aliénées que chez les normales.

Pour la conformation de la région occipitale il ne constate que des différences si peu sensibles qu'il n'ose pas en donner d'appréciations numériques.

Il passe de là à l'examen de la face. Il constate la prédominance des faces très larges (type mongoloïde); dans les trois catégories, elles sont beaucoup plus nombreuses chez les criminelles. D'autre part le prognathisme est aussi plus fréquent et plus marqué chez les criminelles et chez les aliénées que chez les normales. Les asymétries légères de la face sont si nombreuses qu'il faut presque les considérer comme un état normal. Les fronts fuyants et bas sont en minorité chez les normales. Ses observations sur le nez ne lui fournissent aucun renseignement caractéristique. Les yeux sont examinés au point de vue des taches de l'iris, des inégalités pupillaires, des anomalies de la réaction à la lumière, du strabisme. Ici encore il constate que les anomalies deviennent de plus en plus fréquentes depuis les normales jusqu'aux criminelles. Les oreilles lui présentent des anomalies ou des malformations dans plus de la moitié des cas, mais plus fréquemment aussi chez les aliénées et les criminelles que chez les normales. La cavité buccale ne lui fournit rien de caractéristique au point de vue de la conformation des lèvres, des joues etc. Il constate fréquemment chez les normales aussi bien que chez les autres une déviation légère de la pointe de la langue et

de la lnette. L'implantation des dents, leur forme, leur état de conservation lui montre qu'une conformation régulière et normale est excessivement rare; mais encore une fois les anomalies augmentent de fréquence des normales aux criminelles. La conformation du palais présente bien des variations; c'est chez les aliénées et les criminelles que se sont rencontrées les vices de conformation les plus évidents.

Il examine ensuite ses sujets au point de vue de quelques autres signes de dégénérescence : goître, hernie, pieds plats, gaucherie ou ambidextrité etc. Il dresse le tableau des signes constatés chez une même personne et du nombre des organes présentant les signes de la dégénérescence. Il constate que le nombre des signes de dégénérescence est déjà considérable chez ses sujets normaux (3 % seulement ne présentaient aucun stigmate) mais que toutes les moyennes augmentaient considérablement chez les aliénées. Dans les quatre catégories de sujets, c'étaient ceux qui réunissaient deux à quatre signes de dégénérescence qui étaient les plus nombreux.

L'auteur se demande quelle signification il faut attacher à ces signes de dégénérescences. Il pense qu'il règne à ce sujet une grande confusion, que beaucoup de caractères considérés comme stigmates de dégénérescence sont d'origine pathologique et il propose de réserver la dénomination aux *arrêts de développement* ou aux *malformations d'origine atavique*. Il étudie successivement les signes actuellement admis de dégénérescence et s'efforce de déterminer l'importance qu'il faut leur attribuer. L'importance du crâne lui paraît avoir été considérablement exagérée, sous l'influence de cette idée, reconnue fausse aujourd'hui, que c'était la boîte osseuse qui déterminait la forme et le développement du cerveau. C'est au contraire celui-ci qui en se développant exerce la plus grande influence sur la forme de son contenant. Mais bien d'autres circonstances aussi peuvent contribuer à altérer la conformation du crâne (action musculaire des muscles de la nuque ou de la mastication-compressions pendant la vie intra-utérine ou l'accouchement, — maladies de la mère, — maladies de l'enfance et spécialement le rachitisme et la compression de la tête dans des bonnets, bandelletes, etc.). La dolicho- comme la brachycéphalie, à part leur signification comme caractère de race, n'ont aucune importance. La plupart des anomalies dans la forme du crâne, sans en excepter la scaphocéphalie, se concilient parfaitement avec une intelligence absolument normale. La forme extérieure du crâne ne permet d'ailleurs pas de conclure à la conformation intérieure. Ce ne sont que les déformations considérables qui méritent de fixer l'attention et peuvent fournir une indication (spécialement l'hydro- ou la microcéphalie).

Le type mongoloïde n'est pas plus un caractère de la dégénérescence ou de l'atavisme que la dolichocéphalie. Les déformations de la face et de la cavité buccale sont très souvent le résultat du rachitisme. Du côté des organes du sens, il y a bien peu de caractères que l'on puisse à bon droit admettre comme stigmate de dégénérescence. Aux yeux, le coloboma de l'iris ou de la choroïde, l'albinisme peut-être le strabisme. Aux oreilles, il faut remarquer que les variations individuelles sont innombrables et très peu sont dues à l'atavisme. A la bouche, on peut considérer comme stigmates le bec de lièvre, les divisions du palais, les os intermaxillaires, le prognathisme.

La pilosité exagérée, les doigts supplémentaires, les doigts palmés sont encore de vrais phénomènes d'atavisme. Il n'en est pas de même des différences de coloration dans les cheveux, des pieds plats, pieds-bots, hernies, etc. La gaucherie est le fruit de l'imitation. Les névroses (épilepsie, hystérie, neurasthénie, etc.) sont des maladies dont on peut apporter le germe en naissant; ce ne sont pas des signes de dégénérescence.

Si, dans ses tableaux, l'auteur a tenu compte des signes généralement considérés comme stigmates, c'est qu'il a voulu démontrer que même chez les individus normaux ces signes sont d'une extraordinaire fréquence, qu'ils sont encore plus fréquents chez les aliénés et chez les aliénées criminelles sans que cette différence soit cependant assez grande ou leur groupement assez spécifique pour justifier la création d'un *type de criminel*.

L'explication de la fréquence plus grande des prétendus signes de la dégénérescence chez les aliénés et les criminels est facile à trouver. C'est le rachitisme, si fréquent dans les couches où se recrutent généralement les criminels, qui est le grand coupable. La misère, les mauvaises conditions hygiéniques, l'alimentation insuffisante, l'alcoolisme, la syphilis ne produisent que trop souvent des générations décrépites, gravement atteintes dans leur germe. Les mêmes causes produisent des femmes épuisées, au lait appauvri, au bassin étroit, etc. Si ces causes viennent à agir sur l'enfant, les troubles de la nutrition vont encore s'accroître. Le rachitisme, la scrofule, les maladies de l'enfance et toutes les causes capables d'altérer la santé du corps comme celle de l'esprit vont entrer en scène. Il en résulte qu'en fin de compte les prétendus signes de la dégénérescence ne sont que des résultantes des facteurs sociaux. L'importance des facteurs sociaux est d'ailleurs mise en lumière par les statistiques concernant l'état civil des aliénées criminelles, leur profession, leur genre de vie, l'éducation qu'elles ont reçue, le milieu où elles ont vécu. L'influence de l'éducation par exemple est facile à démon-

trer si l'on se donne la peine de suivre l'histoire de ces malheureuses dès l'enfance. Leur intelligence est le plus souvent restée inculte. La notion du tien et du mien leur est restée étrangère. L'action inhibitive des centres supérieurs sur les impulsions d'ordre inférieur n'a jamais été mise en œuvre. Le développement du « moi secondaire » et des sentiments altruistes est absolument rudimentaire.

Mais toutes ces particularités de l'existence antérieure des criminelles n'ont cependant rien de spécial, de caractéristique. On les retrouve dans l'histoire de bien d'autres aliénées et peut-être de bien d'autres qui n'ont jamais été ni aliénées ni criminelles.

Lombroso et ses partisans ne se contentent pas de faire des criminels une classe à part dans la société; ils voudraient les diviser en catégories d'après la nature des délits et leur assigner des caractères propres suivant que ce sont des meurtriers, des voleurs, des escrocs ou des vagabonds. Rien de semblable n'a été observé chez les malades de l'auteur. Il n'a pas trouvé davantage chez elles ces éléments distinctifs de la physionomie des criminels, le regard fuyant, la pâleur de la face etc. Il n'a pas constaté non plus ces différences physiologiques entre les criminels et les honnêtes gens signalées par Lombroso (troubles de la sensibilité, des nerfs vaso-moteurs, des organes des sens etc.).

En résumé il n'existe ni un type anatomique ni un type physiologique du criminel. La conception du criminel-né doit être rejetée d'une manière absolue. C'est un non-sens que de rechercher pour désigner le criminel, produit des facteurs sociaux, des caractères anthropologiques. Tout au plus peut-on admettre avec Tarde l'existence d'un *type professionnel*, dont les éléments caractéristiques s'acquièrent par l'imitation, la fréquentation des mêmes milieux, les mêmes habitudes etc.

Et maintenant le criminel est-il un malade ou un fou, ou n'y a-t-il dans cette affirmation qu'une part de vérité? La relation entre la criminalité et la folie est intime. Toutes deux ont un fonds commun. Chez le criminel comme chez l'aliéné le système nerveux se trouve originellement dans un état d'infériorité. Ce vice originel du système nerveux altéré dans sa structure intime, dans sa circulation ou dans son chimisme, est transmis des parents aux descendants; mais il ne suffit pas à lui seul pour engendrer le crime ou la folie. Il faut qu'il soit aidé par l'action des circonstances extérieures et c'est ici qu'apparaît l'intervention des facteurs sociaux qui feront d'un individu prédisposé tantôt un criminel, tantôt un aliéné: Education vicieuse, influence des mauvais exemples, fréquentations pernicieuses, tentations de toute espèce, absence de tout frein moral, lutte de plus en plus âpre pour l'existence, alimentation insuffisante

maladies de toutes espèces, etc. Pour le développement de la folie interviendront encore activement d'autres causes occasionnelles : Etat puerpéral, maladies infectieuses, etc. Que chez les criminels d'habitude, les causes occasionnelles provoquent la folie plus facilement que chez d'autres, il ne faut pas s'en étonner ; car elles trouvent le terrain préparé et il ne faut s'étonner que d'une chose, c'est que les prisons ne renferment pas encore un plus grand nombre de fous. Prédilection individuelle et influence des facteurs sociaux, telles sont les origines de la criminalité. Avec un grand nombre de criminalistes modernes, l'auteur attribue la part prépondérante aux facteurs sociaux.

L'œuvre de l'auteur n'aurait pas été complète s'il n'avait envisagé, pour terminer, la question si brûlante et si actuelle du libre arbitre et de la responsabilité. Il n'admet pas que, scientifiquement parlant, il puisse être question d'une volonté absolument libre, d'autant plus qu'il n'existe peut-être pas un cerveau complètement normal. Le libre arbitre est une chose relative et la responsabilité a ses degrés. Il n'est pas possible de diviser les coupables en deux classes dont les uns seraient irresponsables et dont les autres ne le seraient pas. Entre le fou et l'homme normal il y a bien des nuances intermédiaires. Il faut considérer chaque cas en particulier. La punition ne doit plus être inspirée par l'esprit de vengeance, mais elle doit être considérée comme une mesure de défense sociale et comme un moyen d'amendement là où l'amendement est possible, p. ex. chez les criminels passionnels et les jeunes gens. Cette manière de voir doit avoir pour effet d'entraîner une réforme du système pénal et du système pénitentiaire, l'introduction de la détention indéfinie ou indéterminée, etc. L'éducation des juges comme celle des gardiens de prison demande à être complétée. Les mesures à prendre vis-à-vis des récidivistes et des incorrigibles doivent être mis à l'étude. Mais surtout s'imposent la nécessité de l'*individualisation*, spécialement lorsqu'il y a lieu de soupçonner l'existence de quelque infirmité mentale et l'extension de l'expertise médicale non seulement dans les prisons mais surtout avant le jugement.

Telle est l'œuvre de Näcke. L'auteur y fait preuve d'un sens critique très développé, d'une rare sagacité. Son érudition est vaste. Aucune des publications qui ont vu le jour sur la matière ne lui semble étrangère. Les citations sont nombreuses et l'index des sources bibliographiques ne contient pas moins de 266 articles. Peut-être pourrait-on lui reprocher quelques imperfections dans sa technique des mensurations, une disposition à se contenter trop souvent d'à peu près. Dans les considérations auxquelles le conduisent les résultats de ses statistiques, plus d'une affirmation est certes de

nature à soulever des discussions. Peut-être même trouverait-on à signaler plus d'une contradiction. Mais je ne veux pas ici faire la critique de ce travail dont je me suis efforcé de reproduire autant que possible le sens et l'esprit. Tous ceux qui s'occupent de l'anthropologie criminelle ne manqueront pas de le lire et d'y trouver des renseignements précieux.

L. D.

Thirty-third Annual Report of the medical Superintendent of the State Asylum for Insane Criminals, Matteawan, N. Y., for the Year ending September 1892.

C'est le premier rapport que le Dr Allison publie depuis que l'asile d'Auburn, devenu insuffisant, a été transféré à Matteawan. Cet asile reçoit aussi bien les prévenus-criminels que les condamnés-criminels.

Pendant l'année écoulée, l'asile a traité 420 aliénés (380 H. et 22 F.). 54 hommes quittèrent : 25 guéris, 13 améliorés, 5 non-améliorés, 1 non-aliéné, 10 décédés. Les cinq aliénés dont l'état mental n'avait subi aucune modification furent transférés dans un autre asile parce que leur peine était expirée. A l'avenir ces transferts n'auront plus lieu. La proportion des guérisons était de 9,02 sur les entrées et de 6,23 sur toute la population.

Il n'y a eu que deux évasions et un suicide dans le courant de l'année.

Chaque aliéné, tous frais déduits, n'a coûté que 3 dollars 83 par semaine.

Les distractions y sont bien multiples. De nombreuses fêtes, concerts et autres, y ont été données. Au delà de cent journaux et revues périodiques y sont envoyés gratuitement par les éditeurs et l'asile dispose en plus d'une très belle bibliothèque. Un relevé complet des dépenses et de nombreux tableaux statistiques terminent cet excellent rapport.

A ce travail est joint un autre rapport émanant de la commission administrative de ce nouvel asile et relatant tous les grands travaux qui ont été effectués dans le courant de l'année 1891.

J. M.

Fiftieth Annual Report of the managers of the Utica State Hospital at Utica, for the Year 1891-1892.

Le médecin en chef de cet asile d'aliénés est le Dr Alder Blumer, le rédacteur en chef de l'*American Journal for Insanity* depuis environ une douzaine d'années. Cet établissement qui dans le courant de l'année écoulée a eu 778 malades compte cinq médecins-

adjoints. Pour faire ressortir l'importance qu'on y ajoute au service médical nous dirons qu'on y a dépensé environ dix mille francs pour son amélioration et au-delà de douze mille francs pour l'amélioration de la bibliothèque. Nous sommes bien loin de ce degré de perfectionnement en Belgique où le médecin, d'une manière générale, a à pourvoir lui-même à l'acquisition des instruments et livres nécessaires aux études médicales.

Il y a eu à Utica 345 admissions (173 H. et 172 F.). Il y eu 187 sorties avec guérison, 43 sorties avec amélioration, 68 sorties sans amélioration. Il y a eu 80 décès et 8 entrées déclarées non aliénées.

Dans les réfectoires des quartiers des paisibles on a réunis, à titre d'essai, les hommes et les femmes. Le personnel n'a pas eu à s'en plaindre.

L'instruction des gardiens y reçoit d'année en année une extension plus grande. Des diplômes sont décernés aux plus méritants. Le personnel se loue beaucoup de cet enseignement professionnel qui date déjà depuis dix ans.

59 % des aliénés y sont occupés à des travaux différents.

Le travail de la typographie et de l'impression, l'enseignement de la musique y reçoivent chaque année une extension plus grande.

J. M.

BIBLIOGRAPHIE.

Vorträge über Bau und Thätigkeit des Grosshirns und die Lehre von der Aphasie und Seelenblindheit für Aerzte und Studierende mit 80 Abbildungen, von Dr HEINRICH SACHS, Nervenarzt in Breslau (Preuss und Junger, Breslau, 1893).

La plupart de nos lecteurs connaissent les travaux de His, de Meynert, de Wernicke et de Edinger sur le système nerveux central. Ceux de Meynert et de Edinger pour les parties physiologiques et anatomiques sont universellement connus. Ceux de Wernicke le sont essentiellement pour la partie pathologique. Il est donc particulièrement intéressant pour le lecteur de savoir que les travaux de ces célébrités allemandes ont été condensées par le Dr Sachs qui, a son tour, a intercalé dans son œuvre une série d'opinions personnelles.

Ce travail est le résultat de douze conférences que l'auteur a préparées sur la demande de la Société des physiologistes de Breslau. C'est assez dire que sa réputation était considérée comme suffisante pour entreprendre une si grosse œuvre. Le succès que le Dr Sachs a remporté à cette occasion a été tel qu'il n'a pu s'empêcher de les publier.

Nous l'avons lu avec un extrême plaisir. Alors que bien des médecins, et même des spécialistes allemands, ont rencontré des difficultés énormes à s'assimiler les travaux de Meynert, les seuls qui étudient tout ce que l'auteur a également entrepris, nous avons la satisfaction de pouvoir dire que le Dr Sachs n'a paru rencontrer aucune difficulté dans la préparation de son œuvre. Il sera lu, lu avec plaisir et profit par tous ceux qui s'intéressent à cette question si ardue des sciences médicales.

La partie anatomique du cerveau comprend son étude histologique, son évolution, l'étude, sa forme et de la surface cérébrale, la couche corticale, les fibres d'association, les corps striés, les membranes du cerveau et la nutrition cérébrale. Le chapitre de la physiologie entretient le lecteur à la fois de la partie psychologique, des expériences multiples pratiquées sur le cerveau, des phénomènes d'excitation artificielle, de l'aphasie, de la cécité psychique, de l'étude de la moitié antérieure du cerveau et des corps striés.

L'ouvrage est accompagné d'un atlas de 17 planches mobiles donnant 80 figures et présentant le grand avantage de pouvoir être mis constamment sous les yeux du lecteur au fur et à mesure qu'il étudie la matière. Le seul éloge que nous nous permettrons de faire de cette œuvre, c'est qu'elle mérite d'être connue dans la littérature étrangère. Les traducteurs ne regretteraient pas leur peine.

J. M.

Gesammelte Aufsätze und kritische Referate zur Pathologie des Nervensystems, von Dr C. WERNICKE, Professor-Director der psychiatrischen Klinik Breslau, mit 19 Abbildungen im Texte. — (Berlin, Fischer's medicinischer Buchhandlung, H. Kornfeld, 1893.)

Ce travail est un recueil des principaux travaux publiés par le prof. Wernicke sur le terrain de la neuropathologie et de la psychiatrie. Ces travaux datent depuis environ une vingtaine d'années. Nous y rencontrons huit articles sur l'aphasie et ses conséquences, quinze articles sur la localisation cérébrale, neuf articles sur la pathologie générale du cerveau et sept sur les maladies de la moelle et du système nerveux périphérique. Dans ces différents travaux dont la majeure partie constitue des articles critiques des principaux psychiatres et neurologistes de l'Allemagne, de l'Autriche, de la France et même de l'Italie, nous rencontrons un ensemble d'idées qui donnent à l'œuvre du savant professeur une originalité et une valeur réellement remarquables. On peut même se demander où l'on pourrait encore rencontrer, sur ce terrain un esprit critique aussi élevé que Wernicke. C'est essentiellement sous ce rapport que le travail que nous aurons devant nous doit être qualifiée une œuvre toute supérieure et qu'elle mérite d'être intimement connue par tous ceux qui s'occupent de ce genre de questions. Ajoutons-y que le savant professeur a fait intercaler dans son livre de nombreuses notes pour rectifier, confirmer ou infirmer les différentes opinions qu'il avait émises dans le cours de ses études. Ces notes en rehaussent encore la valeur.

L'édition de ce travail avait-il un but mercantile? Nous ne le croyons pas. Mais nous sommes tenté de croire que l'éditeur y a été poussé parce que les œuvres de Wernicke n'existaient pas dans le commerce et qu'il était impossible de les laisser ignorées. Nous n'ajouterons qu'un mot pour rehausser l'importance de cette nouvelle publication; à peine le travail avait-il vu le jour que le prof. Wernicke fut appelé à la plus haute position à laquelle il pouvait jamais prétendre; il fut nommé professeur à la Faculté de médecine

*

de Vienne pour succéder au prof. von Krafft-Ebing, appelé à prendre la chaire de l'immortel Meynert. Nous saisissons cette occasion pour féliciter la Faculté de Vienne des deux brillantes acquisitions qu'elle vient de faire depuis deux ans. J. M.

Diagnostik der Nervenkrankheiten, von Dr A. GOLDSCHIEDER, Privat-docent an der Universität Berlin, mit 65 Abbildungen im Text (Fischer's medicinische Buchhandlung, H. Kornfeld, Berlin, 1893).

Serait-il nécessaire de rappeler ici combien sont nombreux les traités, parus en Allemagne et en Autriche depuis quelques années, sur la pathologie nerveuse? Nous ne le croyons pas. Ce qu'on peut dire c'est que leur nombre a été peut-être trop grand. En tout cas, nous sommes heureux de pouvoir constater que la qualité s'est ajoutée à la quantité et qu'il serait bien difficile de préciser quel est absolument le meilleur.

Le Dr Goldscheider a fait un travail analogue mais d'une autre nature. Hâtons-nous de dire que le titre, quoique correct, fera croire à certains de ceux qui le liront que le travail ne s'occupe que des maladies nerveuses (névroses ou maladies périphériques). C'est là une erreur. On y rencontre à la fois les affections médullaires et cérébrales. Il est illustré de 65 figures, nullement surchargées et se rapportant uniquement aux indications indispensables au diagnostic.

Le travail se rapporte exclusivement à l'étude du diagnostic mais il est fait avec un soin et une concision telle qu'il peut rivaliser, relativement au but que l'auteur s'est proposé, avec les meilleurs travaux similaires. Nous oserions même déclarer, sans crainte d'être taxé d'exagération, qu'il est plus méthodique et plus complet, et qu'il constitue en ce moment le meilleur *vade-mecum* que le neurologue puisse désirer. J. M.

Der Selbstmord. Eine kritische Studie, von Dr EUGEN REHFISCH, nebst einem Vorworte von Prof. Dr Mendel (Berlin, Fischer's Buchhandlung, H. Kornfeld, 1893).

Annuellement on constate en Europe environ 60,000 suicides.

Les suicides ont fait l'objet d'études spéciales de la part des médecins, des sociologues et des théologiens mais actuellement il y a environ douze ans que la littérature médicale n'a pas eu à enregistrer des travaux sérieux sur la matière quant à la fréquence des suicides qui ont considérablement augmenté dans ces dernières années.

L'auteur donne à son travail une assez grande extension. Il étudie

très soigneusement les causes générales du suicide et son extension soit par voie d'hérédité, soit par voie d'infection psychique; il fait suivre ces chapitres de deux tableaux représentant respectivement le nombre de suicides dans dix-sept États européens depuis 1841 à 1888 et le même nombre proportionné à un million d'habitants.

Dans l'étude de la psychologie et de la physiologie du suicide, le Dr Rehfish envisage successivement le sexe, l'état-civil, l'âge et la profession, le motif et la nature du suicide, le suicide chez les militaires, le suicide dans les différentes périodes de l'année, la religion et le suicide.

Le travail se termine par un chapitre relatif à la thérapeutique du suicide. Toutes ces questions se trouvent traitées toujours en se basant sur les résultats fournis par la statistique, ce qui rehausse considérablement la valeur du travail auquel l'auteur doit avoir sacrifié un temps énorme. Aussi est-ce un travail qui ne peut manquer d'être consulté spécialement par ceux qui s'occupent aujourd'hui de questions sociales.

J. M.

Hypnotisme et suggestion. Étude critique par le Dr WUNDT, professeur à l'Université de Leipzig, traduit de l'allemand par A. KELLER (Paris, Félix Alcan, 1893).

Ce livre s'écarte de tous les autres qui traitent la même question. Il est divisé en quatre chapitres : les phénomènes de l'hypnose, la physiologie et la psychologie de l'hypnose et de la suggestion, la suggestion comme méthode expérimentale et la valeur pratique de l'hypnotisme.

Quiconque connaît le professeur Wundt sait que cet auteur est un physiologiste consommé qui s'occupe actuellement et essentiellement de psychologie expérimentale. Après avoir passé en revue, très sommairement, ce qui est connu de cette matière, l'auteur examine l'influence des suggestions d'après les lois qui régissent la physiologie et la psychologie. Comme on le voit, ces applications étaient relativement peu connues et l'auteur a rendu à la science un bien grand service en faisant connaître toute une série de faits qui offrent le plus grand intérêt pour le médecin.

J. M.

VARIÉTÉS.

Les gardiens diplômés de l'asile d'aliénés de Buffalo (N. Y.).

Le journal *The Conglomerate* qui se publie à l'asile d'aliénés de Middletown sous la haute direction du D^r Selden Talcott et qui s'occupe d'une manière continue de l'enseignement professionnel des gardiens, fait la narration détaillée d'une splendide fête qui a eu lieu à l'asile de Buffalo, sous l'excellente direction du D^r Andrews, à l'occasion de la septième distribution des diplômes en ce dernier établissement.

C'était le 18 mai dernier. La Chapelle avait été splendidement décorée à l'aide de drapeaux, d'arbustes et des plantes les plus diverses.

Les diplômés au nombre de quinze prenaient place au devant du D^r Andrews qui présidait la cérémonie; de nombreux visiteurs s'étaient groupés autour de l'état-major de l'asile. Plusieurs centaines d'aliénés prenaient une part active à la fête.

Après une brillante introduction musicale, le D^r Andrews prononça un discours dans lequel il fit ressortir la joie que le personnel avait éprouvé en coopérant à la belle décoration de la Chapelle et le bonheur que tous ressentaient de voir se multiplier si rapidement le nombre des gardiens diplômés.

Il insistait d'une manière toute spéciale sur les belles qualités de ceux qui en dehors de leurs heures de travail réglementaire ont pu trouver le temps nécessaire pour se perfectionner par des études privées; il se plaisait à rappeler les sentiments vraiment chrétiens de ceux qui comptent se dévouer complètement à la charité, à la belle mission de soigner les malades et les infirmes. Il terminait en déclarant que les malades doivent se sentir heureux de se voir entourés de gardiens qui ont donné de si belles preuves de leurs aptitudes.

J. M.

NOMINATIONS.

Le professeur von Krafft-Ebing, de l'Université de Vienne, est nommé premier professeur de psychiatrie au remplacement de Meynert, décédé.

Le professeur C. Wernicke, de l'Université de Breslau, est nommé second professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Vienne.

Le Dr Emm. Régis, médecin en chef de la Maison de Santé au Bouscat est nommé professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Prix de l'Académie royale de Médecine de Belgique.

Nous extrayons du programme des concours de l'Académie royale de Belgique les renseignements suivants :

Concours 1893-1895. — Faire l'étude pathogénique et clinique des névroses traumatiques.

Prix : 600 francs. — Clôture du concours : 15 février 1895.

Concours 1891-1894. — Prix fondé par un anonyme. — Élucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogène et la thérapeutique de l'épilepsie.

Prix : 4,000 francs. — Clôture du concours : 1^{er} février 1894.

Des encouragements, de 300 à 1,000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 4,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

N. B. — Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, franc de port, au secrétariat de l'Académie, à Bruxelles.

NÉCROLOGIE.

Le Dr Delasiauve s'est doucement éteint le 5 juin 1893, âgé de près de 89 ans. Parmi les aliénistes à qui il fut donné de voir Philippe Pinel, de suivre les cliniques d'Esquirol et de Ferrus, reste seul à présent le vénérable M. Calneil, qui vient d'entrer dans sa 96^e année. Delasiauve naquit en 1804, à Garennes, petit village du département de l'Eure, en Normandie, il pratiqua toujours le culte de son pays natal. Venu jeune à Paris, il se livra avec ardeur à l'étude des sciences médicales, et prit le titre de docteur en 1830, peu de temps après la révolution et la chute des Bourbons. Jusque dans son extrême vieillesse, il avait conservé la vivacité de ses convictions libérales, et quelques jours avant sa mort, il me parlait encore avec passion de cette époque éloignée de

sa jeunesse, et s'indignait, entre deux quintes d'une toux convulsive, contre le roi Charles X qui avait violé la Charte. Je l'écoutais avec respect, sans parvenir à partager son indignation. Qui de nous aujourd'hui se soucie de la Charte et de Charles X?

Sa thèse passée, Delasiauve partit pour la province, et, durant une douzaine d'années, exerça avec succès à Ivry la Bataille, bourg du département de l'Eure où Henri IV vainquit Mayenne et les Ligueurs en 1590. Son activité, son dévouement, sa bienveillance lui valurent rapidement une vaste clientèle, et firent connaître son nom dans toute l'étendue du département. Nommé en 1833 membre de la délégation cantonale, il s'éprit d'une vive passion pour toutes les questions de pédagogie. Lorsque ses visites l'appelaient dans le voisinage d'une école, il ne manquait jamais d'y entrer, s'informait du travail des enfants, s'intéressait à leurs progrès, leur posait des interrogations. Puis, se souvenant qu'un malade l'attendait, il remontait bien vite à cheval; car c'était là son unique mode de locomotion; à cette époque déjà lointaine les routes étaient mauvaises, et les voitures ne pouvaient aisément circuler par les chemins de traverse. Delasiauve aimait la pratique de son art, jamais un malade ne l'attendait en vain; sans cesse par monts et par vaux, il portait à chacun ses soins et ses consolations. Soigneux à l'excès, il prenait l'observation complète de tous ceux qu'il était appelé à traiter; il amassait ainsi de nombreux matériaux pour ses travaux futurs.

Les circonstances le rappelèrent à Paris, et en 1844, il subit avec succès les épreuves du concours pour les quartiers d'hospices réservés aux aliénés. Il reçut un service à Bicêtre; une voie nouvelle s'ouvrait désormais à sa fiévreuse activité. Les idiots attirèrent de suite ses recherches, et il se prit d'un profond intérêt pour ces déshérités de la nature. Continuant l'œuvre de Ferrus et de Félix Voisin, il se consacra à l'éducation de ces infortunés, et se transformant en instituteur, obtint des succès remarquables. Il poursuivit plus tard cette tâche philanthropique à l'Hospice de la Salpêtrière. Le mal comitial, cette affection terrible et redoutée, devint également le but de ses études, et il publiait, en 1854, son *Traité de l'épilepsie*, couronné par l'Institut, la principale et peut-être la meilleure monographie qui existe sur ce sujet. En 1860, Delasiauve fondait le *Journal de Médecine mentale*, et s'y consacrait tout entier; les dix volumes qui composent la collection sont du plus haut intérêt, et renferment des articles des plus curieux. La guerre le força d'interrompre la publication de son journal, et ses collaborateurs se dispersèrent. Il y eut dès lors un vide dans son existence.

La vérité m'oblige de dire que M. Delasiauve, homme excellent

s'il en fut, n'était pas d'un caractère facile à manier. Ceux qui ne le connaissaient pas intimement se froissaient de certaines exigences, et le public méconnaissait parfois son grand savoir et son extrême valeur. M. Delasiauve, si modéré dans ses écrits, ne pouvait au cours d'une conversation supporter la contradiction, surtout lorsqu'il s'agissait de politique; son visage s'empourprait alors, et il discutait avec violence. Mais quand on vivait dans son intimité, on pouvait apprécier les qualités du cœur et de l'esprit de cet homme de bien, de ce savant si fin et distingué.

Jusqu'à ses derniers jours, il s'est tenu au courant de la science, lisant le compte rendu des découvertes récentes et suivant avec attention les séances des diverses sociétés dont il faisait partie. La Société médico-psychologique, dont il fut un des membres fondateurs, qu'il avait vu naître, grandir et prospérer, dont il avait présidé les séances, était l'objet bien naturel de ses prédilections. Il y prenait souvent la parole, et toujours on l'écoutait avec respect. Sa voix si autorisée ne se fera plus entendre parmi nous. Le 7 juin, une nombreuse assistance suivait avec recueillement les dernières prières prononcées sur le cercueil du maître vénéré. Conformément à ses volontés, sa dépouille mortelle a été transportée à Garenne; il repose au cimetière du village et dort à côté de ses aïeux.

D^r RENÉ SEMELAIGNE.

• • •

Liste des principaux ouvrages et écrits de M. Delasiauve.

Descente tardive du testicule gauche, prise pour une hernie étranglée (Revue médicale, mars 1840). — *Empoisonnement par les substances alimentaires altérées spontanément* (id., novembre 1840). — *Ramollissement du cerveau dû à des tumeurs squirrheuses* (id., 1847). — *Du diagnostic différentiel du delirium tremens, ou stupeur ébrieuse* (id., 1850). — *D'une forme grave de delirium tremens* (id., 1852). — *Note sur les fièvres intermittentes graves* (id., 31 juin 1852). — *Sur la stupidité ou mélancolie avec stupeur* (id., 15 octobre 1853). — *Consultation médico-légale sur une aliénation mentale occasionnée par les vapeurs mercurielles* (L'Expérience, décembre 1840). — *Mémoire sur divers cas de furoncles, d'anthrax, pustules malignes* (Id., janvier 1841). — *Mémoire sur divers cas de rétention d'urine* (Id., mars 1841). — *Mémoire sur divers cas de fractures* (Id., juin et juillet, 1841). — *Examen de critiques adressées à la phrénologie* (Id., 1843). — *Mémoire sur l'extase* (Réveil de l'Eure, 1842). — *Considérations sur les tempéraments, à propos d'un travail du D^r Foucault sur le même sujet* (Revue des spécialités, mai 1842). — *Considérations théoriques sur la folie* (lues à l'Aca-

démie de médecine en 1843). — *Mémoire sur l'angine œdémateuse* (présenté au concours ouvert à ce sujet par l'Académie). — *Expérience sur les conjonctives avec la solution concentrée de nitrate d'argent* (note lue à l'Académie et insérée dans la *Revue médicale* en février 1844). — *Essai de classification des maladies mentales* (*Réveil de l'Eure*, 1844). — *De l'organisation médicale en France, sous le rapport de la pratique de l'enseignement et des établissements de bienfaisance*, 1843). — *Du projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine*, 1847. — *Un an de révolution*, 1849. — *Influence du choléra sur la production de la folie* (*Annales médico-psychologiques*, 1849). — *Du Diagnostic différentiel de la lypémanie* (*id.*, 1851). — *De la classification et du diagnostic différentiel de la paralysie générale* (*id.*, 1851). — *Observations de rougeole chez les idiots* (*id.*). — *D'une forme mal décrite de délire consécutif à l'épilepsie* (*id.*, 1852). — *Note sur le traitement de l'épilepsie par les frictions stibiées sur le cuir chevelu* (*id.*). — *De la monomanie au point de vue psychologique et légal* (*id.*, 1853). — *Des diverses formes de l'aliénation mentale* (*Gazette des Hôpitaux*, 1852 et 1853). — *Traité de l'épilepsie*, 1854. — *De l'enseignement clinique dans les hôpitaux*, 1858. — *Des principes qui doivent précéder à l'éducation des idiots*, 1859. — *Asiles par circonscriptions communales pour les aliénés*, 1865. — *Discours aux prix des enfants épileptiques, idiots et aliénés de la Salpêtrière. — Réorganisation de l'assistance publique* (*La Cloche*, 1872). — *De la clinique à domicile*, 1876). — *Classification des maladies mentales, ayant pour double base la psychologie et la clinique* (*Progrès médical*, 21 février, 3 et 10 mars 1877). — *Discussion à propos d'une prétendue monomanie religieuse* (*Archives de Neurologie*, n° 10, 1882). — M. Delasiauve a pris part à la rédaction de la *Revue médicale* et de l'*Expérience*. Il a fondé le *Journal de Médecine mentale*.

RENÉ SEMELAINNE.

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE
DE BELGIQUE.

N° 70. — Septembre 1893.

Société de Médecine mentale de Belgique.

Procès-verbal

de la séance ordinaire tenue au Palais de l'Université à
Bruxelles, le samedi 29 juillet 1893

Sous la présidence du D^r DERODE, Président. — D^r JUL. MOREL,
Secrétaire.

MM. Boddaert, Cuylits, De Boeck, Derode, Francotte,
Lefebvre, Morel, Moulaert, Peeters assistent à la séance.

M. De Craene informe la Société qu'il se trouve empêché
de prendre part à la séance de ce jour.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

MOTION D'ORDRE.

M. le Président fait part à la Société que depuis la dernière
réunion un des membres les plus zélés, M. le D^r Semal, a été
nommé Officier de l'Ordre de Léopold. Il pense être l'inter-
prète de tous les membres en adressant à l'honoré collègue
les félicitations de la Société. (*Applaudissements.*)

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Une lettre de M. le professeur Maragliano, secrétaire-général du XI^e Congrès international de médecine, par laquelle il invite la Société de Médecine mentale à se faire représenter en grand nombre à ce Congrès.

2° Une lettre du D^r P. Kovalevsky, professeur des maladies mentales et nerveuses à l'Université de Kharkoff, annonçant l'envoi d'un manuscrit intitulé : *Neurasthénie et dégénérescence*. Sur la proposition de M. Morel, ce travail sera inséré dans le prochain Bulletin.

3° Une lettre de M. le D^r De Craene dans laquelle cet honorable membre présente la candidature de M. Octave Van Laere, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Courtrai, comme membre titulaire.

 TRAVAUX IMPRIMÉS.

La Société a reçu les travaux suivants :

1° De M. le D^r William A. Krohn, prof. de psychologie à l'Université d'Illinois :

An experimental Study of simultaneous Stimulations of the Sense of Touch.

Ce travail est soumis à l'examen de M. Boddaert.

2° De M. le D^r Cousot, de Dinant :

A) *Contribution à l'étude des paralysies du membre inférieur. Paralysie du nerf sciatique poplitée externe.*

B) *Deux fractures de la voûte du crâne; étude clinique.*

M. Moulaert est chargé de l'analyse de ces travaux.

3° De M. le D^r Forel, professeur de psychiatrie à l'Université de Zürich :

Das Recht im Irrenwesen.

M. De Boeck se charge de l'examen de ce travail.

4° De M. le D^r Näcke, de Hubertusburg :

Der Gaumenwulst (Torus palatinus), ein neues Degenerations Zeichen.

M. Cuylits fera l'examen de ce travail.

5° De M. le Dr De Boeck :

Contribution à l'étude de la physiologie du nerf.

M. Francotte est prié d'en faire l'analyse.

6° De M. le Dr van Deventer, de Meerenberg :

Verslag betreffende het Gesticht Meerenberg over het jaar 1892.

7° De M. le Dr A. Th. Moll, d'Utrecht :

Verslag omtrent het geneeskundig gesticht voor krankzinnigen te Utrecht, over het jaar 1892.

M. Peeters examinera ces deux derniers travaux.

8° De la part du Dr Coni, de Buenos-Ayres :

A) *Revista de la Sociedad médica Argentina*, vol. II, n° 8.

B) *Memoria de la Administracion Sanitaria y Asistencia publica, correspondiente al año 1892.*

c) *Anales de Hygiene publico, año II, n° 1.*

d) *Anales de departamento national de Hygiene año III, n° 2, 3.*

9° *Journal de la polyclinique de Namur*, n° 10.

10° De M. le Dr J. L. Koch, de Zwiefalten :

Beitrag zur Lehre von den krankhaften Vorstellungen.

M. Derode se charge de l'examen de ce travail.

11° De M. De Bruyn, ministre de l'agriculture :

A) *Rapport triennal sur les mesures prises par le Gouvernement belge en exécution de la loi du 4 août 1890 relative à la fabrication des denrées alimentaires ainsi que les effets produits par ces mesures.*

B) *Bulletin du service de surveillance de la fabrication et du commerce des denrées alimentaires. Compte-rendu mensuel 1893, janvier à juin.*

ANALYSES D'OUVRAGES.

MM. De Boeck et Moulaert donnent lecture des analyses des travaux dont ils avaient été chargés. Sur la proposition du Président la Société décide que ces analyses figureront dans le prochain Bulletin.

NOMINATION DE MEMBRES HONORAIRES.

A l'unanimité des membres présents la Société proclame membres honoraires de la Société de Médecine mentale de Belgique :

M. le Dr Toulouse, médecin de l'asile Saint-Yon.

M. le Dr Näcké, médecin de l'asile d'aliénés à Hubertusburg.

M. le Dr Alder Blumer, médecin en chef de l'hôpital pour aliénés à Utica (New-York).

M. le Dr Allison, médecin en chef de l'hôpital pour aliénés criminels de Landing Fiskill (New-York).

M. le Dr Nicholson, médecin en chef de l'asile pour aliénés criminels à Broadmoor.

M. le Dr van Deventer, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Meerenberg.

NOMINATION DE DÉLÉGUÉS POUR LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE QUI SE TIENDRA A ROME DU 24 SEPTEMBRE AU 1^{er} OCTOBRE 1893.

MM. Desguin et Morel sont priés de représenter la Société de Médecine mentale de Belgique à ce Congrès. — Avis en sera donné à son secrétaire-général, M. le prof. Maragliano.

INSTITUTION D'UN CONCOURS.

Le Dr De Boeck chargé de présenter un rapport sur cette question propose à la Société d'adopter les conclusions suivantes :

1^o Le concours est international.

Il n'y a plus lieu de revenir sur ce point, la Société dans la séance précédente a exprimé ses intentions à ce sujet.

2^o Le concours est bisannuel.

3^o Le montant des prix affectés au concours s'élève à 500 francs; ils pourront être alloués au lauréat dans leur totalité ou en partie.

4^o Tout travail présenté au concours doit être rédigé en langue française.

Néanmoins le concurrent étranger pourra au moment où son travail paraîtra dans le Bulletin de la Société, le faire publier en sa langue maternelle par un autre journal.

5° Peut être présenté tout travail s'occupant de médecine mentale ou nerveuse, quelque soit le sujet qu'il traite.

Néanmoins, à mérite égal, la Société se réserve le droit de donner la préférence aux mémoires traitant des questions qu'elle aurait indiquées.

M. De Boeck développe longuement le rapport qu'il vient de présenter.

Les membres sont unanimes à admettre les trois premières propositions de l'honorable rapporteur; mais, après une longue discussion, à laquelle prennent part MM. Peeters, Morel, Boddaert, Francotte, Lefebvre, Cuyllits et le rapporteur, la Société décide de mettre tous les concurrents sur le même pied d'égalité; les mémoires pourront être présentés en français, en néerlandais, en allemand, en anglais ou en italien. Toutefois les concurrents étrangers seront tenus d'accompagner leurs mémoires d'un résumé et de la traduction de leurs conclusions en langue française. — Le concurrent étranger, proclamé lauréat, devra, pour permettre la publication de son travail dans le Bulletin de la Société, en faire faire la traduction française à ses frais. Il lui sera loisible de faire publier son œuvre dans sa langue maternelle au moment où elle paraîtra dans le Bulletin de la Société.

La cinquième proposition du rapporteur est adoptée à l'unanimité.

Sur la proposition de M. Morel, la Société décide de mettre à l'ordre du jour de la prochaine séance la discussion des questions qu'elle croira pouvoir recommander aux concurrents.

Après avoir levé sa séance, le Président déclare que la prochaine séance de la Société aura lieu le 28 octobre prochain au Palais de l'Université de Bruxelles.

Le Secrétaire,
D^r JUL. MOREL.

Le Président,
D^r DERODE.

NEURASTHÉNIE

ET

DÉGÉNÉRESCENCE

PAR

Le Dr Paul KOVALEVSKY,

Professeur des maladies mentales et nerveuses à l'Université
de Kharkoff.

I.

Chaque homme représente une certaine quantité de matière qui développe une quantité correspondante de force. En d'autres termes, il représente une unité de matière faisant naître une unité correspondante de force. Cette unité de matière donne naissance, selon la structure chimique de ses différentes parties, non seulement à la simple et grossière force physique, mais aussi à la force spirituelle, qui se manifeste en pensées et en sentiments. La quantité de matière nécessaire pour le corps humain et la disposition de cette matière dans les différentes parties du corps se ressemblent tellement chez les différents individus que, involontairement, la question surgit de la parfaite ressemblance et de l'identité entre les hommes. Cette identité d'organisation en quantité et en qualité, fait penser à l'identité des fonctions de cette organisation et conséquemment à l'identité des forces physiques et morales de l'homme. En réalité, il existe une bien grande différence entre les hommes aussi bien dans les traits extérieurs de leur organisation que dans l'activité physique et spirituelle de celle-ci.

Quel peut donc être l'origine de cette différence ?

Il y a deux facteurs qui créent l'homme avec les particularités de l'organisation de son corps, de sa physiognomie intellectuelle et de son activité physique : l'hérédité et l'éducation.

En venant au monde, l'enfant hérite l'organisation de ses parents ; par conséquent, il doit avoir au physique et au moral une parfaite ressemblance avec eux. Mais ses parents sont deux, le père et la mère, et chaque enfant réunit en lui les traits du père et ceux de la mère. Il est vrai que dans certains cas ce sont les traits du père qui domineront, dans d'autres cas on constate la prédominance de ceux de la mère ; il est rare cependant que les enfants ressemblent par leur physique et leur caractère exclusivement à leur père ou à leur mère. Cette combinaison des particularités caractéristiques du père et de la mère est l'origine première des traits caractéristiques de l'enfant, de son individualité, de sa particularité personnelle. Sur cette capacité héréditaire des enfants d'emprunter à leurs parents les traits propres à chacun d'eux et de les réunir en une nouvelle combinaison, offrant une *similitude* des parents, est fondée la propriété du genre humain de se perfectionner et de dégénérer. Ordinairement les enfants héritent les traits de leurs parents qui sont les plus prononcés et les plus stables.

Si les parents se ressemblent sous tel ou tel rapport, ces traits, se réunissant chez leurs enfants, augmentent d'intensité et se manifestent avec plus de force que chez les parents ; s'il y a un contraste dans les traits des procréateurs, les enfants héritent à peu près la moyenne de l'une ou l'autre particularité de leur organisation. Il arrive que les parents se ressemblent dans ceux des traits de leur organisation qui contribuent au perfectionnement de l'être, comme par exemple une constitution robuste, une grande intelligence, une belle énergie, etc. Les enfants de pareils parents viennent au monde dans des conditions d'existence très favorables à leur organisation ; ils ont le droit d'espérer qu'à leur tour ils seront robustes, intelligents et énergiques. Dans tous les cas, il existe une probabilité plus grande de devenir tels, que si

seulement l'un des deux parents avait les qualités prémentionnées. Tout autres sont les enfants de parents faibles, apathiques, etc. Ils sont enclins dès leur naissance à toutes sortes de maladies; ils sont condamnés à une dégénérescence prochaine.

C'est ainsi que l'hérédité prépare l'avenir des enfants suivant l'organisation et les qualités de leurs parents. La société humaine offrirait néanmoins un bien triste tableau si l'hérédité jouait un rôle unique et exclusif dans son existence. S'il en était ainsi, on pourrait prédire avec une exactitude presque mathématique que telle famille s'éteindra, que telle autre occupera un rang inférieur dans la société, que telle autre encore restera en suspens entre la vie et la mort.

La loi de la sélection naturelle devrait donc exister dans toute sa nudité et les parents ne devraient chercher qu'à unir leurs filles à des hommes robustes et forts; les êtres faibles seraient voués à la mort comme à Sparte. Un tel état de choses ressemblerait trop à un haras.

Il existe heureusement un second facteur qui joue un rôle égal à celui de l'hérédité dans l'organisation physique et psychique de l'homme; c'est l'éducation, l'éducation rationnelle dans le sens le plus vaste sens du mot, la nutrition de l'organisme et son instruction. L'éducation est à même de paralyser avec une certaine facilité les particularités défavorables de l'organisation que l'homme a héritée, au moyen d'exercices, d'une nutrition rationnelle et en réglant les conditions de la vie du jeune organisme. Dans le cas contraire elle peut mener l'homme à sa perte.

L'hérédité et l'éducation jouent conséquemment un rôle très important dans la vie de l'homme, non seulement pour ce qui concerne le développement de son individualité, mais aussi pour toute son existence.

Ce que nous disons relativement à l'existence de l'homme physique s'applique également à son état mental.

L'état sain ou morbide de la vie mentale de l'homme dépend de deux raisons principales : de l'hérédité et des conditions de

vie dans lesquelles l'homme grandit, se développe et se perfectionne. Si l'homme naît de parents bien portants et hérite un système nerveux robuste et fort, il a une grande chance d'acquérir à son tour les mêmes qualités s'il grandit et se développe dans des conditions favorables. Si, au contraire, les parents sont atteints d'une maladie nerveuse ou mentale, leurs enfants héritent un système nerveux faible et enclin à des maladies; ils sont incapables de marcher de front, dans les conditions habituelles de la vie, avec des hommes qui ont hérité un système nerveux sain et fort. Ce système nerveux est l'organe de l'activité mentale.

Il en résulte que si l'hérédité créait l'état sain ou morbide de la vie mentale de l'homme, on pourrait établir de prime abord une division et distinguer des personnes bien portantes et des personnes prédisposées à des infirmités, ou des hommes robustes ou faibles, pouvant ou ne pouvant pas vivre aisément de la vie ordinaire, des purs et des impurs. Mais l'hérédité du système nerveux n'a pas à elle seule une influence décisive sur la vie mentale des hommes. Le second facteur a également une influence très sérieuse sur le développement des qualités innées; son rôle n'est pas inférieur à celui de l'hérédité. Nous voulons mentionner l'éducation dans ses différentes parties : l'instruction, etc. L'éducation peut non seulement compléter les qualités de l'organisme tel qu'il est né; elle peut encore les corriger; en revanche elle peut aussi gâter les bonnes dispositions héréditaires des parents. Il faut distinguer ici les enfants nés de parents bien portants et élevés dans des conditions d'existence favorables et les enfants qui ont des parents bien portants, mais élevés dans des conditions d'existence très défavorables; dans ce cas les bonnes dispositions reçues des parents sont gâtées par les conditions ordinaires de la vie; la vie mentale de l'homme prend alors une direction fausse. Il faut encore y ajouter les enfants nés de parents atteints d'une maladie nerveuse ou mentale, mais élevés dans des conditions de vie saines et régulières; dans ce cas de nouveau deux forces se livrent un mutuel combat. Les mau-

vaies dispositions transmises par voie héréditaire peuvent être corrigées et aplanies par une éducation correcte et sensée. Il y a enfin les enfants nés de parents malades, ayant reçu une mauvaise éducation et vivant à la fois dans des conditions d'existence nuisibles; ces malheureux n'ont souvent devant eux que le plus triste avenir.

Mais quelle est la nature de cette transmission des parents aux enfants?

L'idée première qui se présente à l'esprit c'est que ce sont les maladies elles-mêmes qui passent des parents aux enfants; que les aliénés donnent naissance à des enfants aliénés, que les épileptiques donnent une génération d'épileptiques, les hystériques des enfants hystériques, et ainsi de suite. Tel n'est pas le résultat de l'observation constante : presque jamais les aliénés ne donnent des enfants aliénés, les épileptiques une génération d'épileptiques, etc. Les enfants n'héritent pas des parents une maladie toute faite, bien déterminée, mais un système nerveux prédisposé à acquérir la maladie, à la condition que la manière de vivre s'y prête favorablement.

Nous le répétons, les enfants de parents malades héritent un système nerveux *mal pondéré*, enclin à la morbidité, qui est tantôt sain, actif et bien équilibré; d'autres fois il peut donner naissance à une maladie quelconque, mentale ou nerveuse, telle que l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, etc. L'avenir seul nous en rend témoins. En un mot, on hérite un terrain propice, favorable à l'éclosion de maladies; le fruit sera sain ou malade, suivant la manière dont il aura été cultivé.

L'intensité de l'hérédité morbide y joue un grand rôle. Plus la maladie se présente chez les parents à un degré élevé, plus la *nervosité* et la prédisposition à des maladies seront intenses dans la génération suivante; *vice-versâ*, moins la maladie est avancée chez les parents, moins la *nervosité* des enfants est grande et plus il y a lieu d'espérer de pouvoir la combattre. Aucun médecin n'ignore qu'une maladie mentale des parents donne une hérédité morbide bien plus prononcée qu'une simple migraine, que l'hystérie, etc.

De plus, la gravité relativement à l'intensité de l'hérédité morbide sera plus grande si le père et la mère sont tous les deux malades ou si seulement l'un d'eux l'est. La situation est plus grave encore pour les enfants si le père et la mère souffrent tous les deux d'une maladie nerveuse ou mentale. Elle est naturellement plus favorable si l'un d'eux seulement est souffrant.

La société se fait une opinion bien fautive sur les maladies transmissibles aux enfants. On croit que la nervosité se transmet uniquement de la part des parents atteints d'une maladie mentale. C'est là une erreur. La *nervosité* peut être due à des parents mentalement malades, nerveux, alcooliques, syphilitiques, phthisiques, à des criminels, à des vauriens, à des parents souffrant de maladies physiques chroniques, telles que la goutte, etc.

Tous ces arbres donnent le même fruit. Dans chaque cas la *nervosité* prend un aspect différent aussi bien pour ce qui concerne son intensité que pour la complexité de ses symptômes. Les observations des neuropathologistes expérimentés ont démontré que les qualités morbides du système nerveux des parents ne passent pas à tous les membres de la même famille au même degré. Nous pouvons rencontrer dans une même famille des enfants mentalement malades, des épileptiques, des enfants bien portants, des alcooliques, des criminels, des génies, etc.

Il serait assez difficile de dire pourquoi l'épilepsie donne en partage à l'un des dispositions artistiques hors ligne, à l'autre l'alcoolisme, la dépravation ou le crime au troisième, etc.

Les parents transmettent aux enfants non telle ou telle maladie, mais un état morbide du cerveau tel chez les uns, que l'autopsie nous en montre les lésions, tandis que chez les autres ces modifications ne sont que chimiques et moléculaires et ne peuvent pas être découvertes par nos moyens d'investigation actuels. C'est ce qui explique pourquoi l'hérédité des maladies nerveuses se présente dans des conditions si différentes, en commençant par l'idiotie ou l'imbécillité et

finissant par une *instabilité*, une faiblesse, une prédisposition pour une maladie sérieuse du système nerveux central.

Il est aisé de distinguer une maladie nerveuse héréditaire si elle prend le caractère de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'anxiété précordiale, etc.; il est plus difficile de différencier les cas où la nervosité de nature héréditaire prend la forme de l'instabilité nerveuse ou de la faiblesse irritable.

Ce dernier genre de malades est bien nombreux; nous en sommes tellement entourés que nous y sommes habitués et que nous ne les considérons pas comme tels. De temps en temps ils nous rendent perplexes; ils provoquent notre étonnement; nous haussons les épaules, nous les traitons de fantasques, d'originaux et ainsi de suite. Bien souvent ce sont des hommes frappés d'une hérédité nerveuse, ayant un système nerveux mal pondéré, des neurasthéniques qui, dans des conditions de vie défavorables, sont prédisposés à des maladies nerveuses, telles que l'épilepsie, l'hystérie, une maladie mentale, etc.

Ce type de neurasthénique offre un intérêt bien grand. Les manifestations de sa maladie sont variables jusqu'à l'infini. Souvent les neurasthéniques montrent dès leur enfance des désordres dans le système nerveux. Ces enfants sont chétifs, anémiques, capricieux, souvent prédisposés aux convulsions. Ils se réveillent souvent la nuit en pleurant, ont des rêves inquiétants, des hallucinations en s'endormant et en se réveillant, des cauchemars. La dentition, le sevrage ou la modification résultant du passage à la nourriture ordinaire ne se font pas toujours impunément.

Un peu plus tard ils aiment qu'on leur fasse la narration de petits contes, surtout le soir quand ils sont au lit, après quoi ils se cachent dans leurs couvertures restant longtemps éveillés, s'imaginant être un des héros du conte et continuant le fil du récit d'après leur propre fantaisie. Bientôt ils se passionnent pour la rêverie et donnent libre cours à leur imagination. Ils aiment à s'isoler et s'adonnent à la rêverie en revenant toujours sur leurs tableaux favoris. La société des

enfants leur déplaît, ils aiment à être toujours avec les grandes personnes. On remarque dans leur caractère de la nervosité, des caprices, des crises de colère, de larmes et de joie, provoquées par la moindre occasion. La nuit ils se réveillent souvent; ils ont des mouvements convulsifs; ils accusent la sensation de tomber dans le vide.

Dans le cours de leurs études ils se laissent entraîner par les objets qui exigent plus de fantaisie et de mémoire que de raisonnement; ils préfèrent l'histoire aux mathématiques et aux autres sciences positives. La musique, le chant, la peinture les attirent plus que les objets scientifiques.

Quelques-uns de ces enfants ont de très heureuses dispositions pour l'étude; ils ont une conception facile et rapide et l'étude ne les ennue pas; et cependant ils oublient très vite ce qu'ils ont appris. D'autres, au contraire, ont des aptitudes très limitées; ils ont une grande difficulté à apprendre. Parfois on observe bien des singularités dans leur manière d'étudier; ainsi von Krafft-Ebing a observé un garçon qui, avant de se mettre à préparer ses leçons, s'adressait toujours au maître d'hôtel, en le suppliant de répondre par un oui à la question, s'il parviendrait à bien préparer ses leçons. Sitôt qu'il avait entendu le « oui » il se mettait à ses leçons tout gai et tout rassuré. Surpris par l'absurdité de cette demande, le maître d'hôtel se décidait parfois à dire non; le pauvre enfant tombait alors dans un état de surexcitation terrible, se jetait d'un coin de la chambre à l'autre, gémissait et ne pouvait se tenir en place; le maître d'hôtel le tranquillisait alors en lui disant : « Rassurez-vous, j'ai plaisanté, vous pouvez très bien préparer vos leçons. » La surexcitation tombait de suite et disparaissait complètement au bout d'une heure. Souvent ces enfants préfèrent la solitude à leurs occupations en classe; ils vont errer tout seuls dans les prairies, les bois, et s'y livrent à leurs rêves favoris, aux forêts vierges, aux brigands. Souvent ces personnes ont une tendance à avoir des pressentiments; ils sont enclins à la superstition, à la symbolisation. Ils prennent ordinairement le fruit de leur imagination pour

de la réalité; ils lui attribuent un sens réel. Parfois, ils se rendent compte que ce n'est là qu'un rêve, mais ils ne veulent pas s'en séparer; ils traitent de réalité les images de leur fantaisie. Cet état maladif atteint son maximum d'intensité au moment des premières menstruations chez les jeunes filles et de la maturité sexuelle chez les garçons. On constate souvent à cette période qu'ils ont des hallucinations, des illusions, des accès d'angoisse, de désespoir.

Ce genre d'enfants présente parfois une telle sensibilité de la peau et de la tête, qu'on ne peut leur toucher les cheveux; ils présentent également une sensibilité exagérée des gencives et des dents, de l'épine dorsale et du vagin. Parfois ils ressentent des douleurs aiguës dans les pieds et les mains, une lourdeur et un malaise dans tous les membres au moindre mouvement, la sensation du froid et de la chaleur de la peau, des fourmillements, de l'engourdissement, des névralgies, un malaise et une fatigue dans tout l'organisme. Tantôt la vue est très perçante, tantôt, au contraire, il y a comme un brouillard devant les yeux; tout paraît obscur, ils voient des étincelles, des mouches volantes. Ils croient entendre sonner, ils ont des bourdonnements d'oreilles; les sens de l'odorat et du goût sont développés outre mesure. Quelques-uns commencent à souffrir d'une idiosyncrasie du goût et de l'odorat; plusieurs ne supportent pas l'odeur des cigares, du musc, de la valériane, des framboises, le goût de ce qui est doux, etc. En même temps ils se sentent attirés d'une manière irrésistible vers toutes sortes de choses qui ont un autre goût ou une autre odeur. Ainsi, il y en a qui ont une envie irrésistible de manger des framboises en hiver et s'ils ne peuvent pas satisfaire ce désir, ils deviennent mécontents, excitables, tracassiers, inquiets. Parfois ces envies prennent un caractère absolument incompréhensible et absurde. On constate encore que ces malades ont quelquefois des sensations particulières dans la région de la tête: une sensation de vide, de pression, de serrement comme avec des pinces, la présence d'un clou, du grattement, le sentiment comme si on versait quelque chose

de liquide, le becquetement d'un poulet coïncidant avec chaque pulsation artérielle, etc.

D'autres fois ils souffrent de violents accès de céphalalgie, de migraines, de prosopalgies, de vertiges, etc. Certains malades sont très sensibles aux changements de temps et peuvent les prédire d'après les moindres oscillations de la pression atmosphérique. Quoique presque incapables d'un travail rude et difficile, ils s'y mettent parfois avec empressement; leurs mouvements sont généralement très brusques et très vifs, mais en même temps ils se fatiguent très vite, ils se sentent faibles et incapables de continuer.

Il leur arrive d'avoir de tels accès de faiblesse, qu'ils ne sont pas en état de faire le moindre mouvement. Cet état peut ne durer que quelques minutes, une heure ou deux; il passe sans laisser de traces. Souvent on remarque chez ces malades des mouvements convulsifs de quelques muscles ou d'un membre pendant le sommeil et même quand ils sont éveillés; parfois ils ont des spasmes du larynx, du pharynx, des intestins. Certains ont très peu de voix et parlent tout doucement, malgré l'apparence d'une excellente santé.

En ce qui concerne l'état d'esprit des neurasthéniques, on remarque souvent que leur *attention* ne fonctionne pas d'une manière régulière. Dans certains cas, ils réagissent trop à la moindre excitation, dans d'autres, ils se sentent inaptes à concentrer leur attention sur telle ou autre chose, tout en se rendant parfaitement compte de l'importance de leur devoir. Ils sont conscients de l'état de déviation de leurs pensées, mais ils se sentent incapables de le vaincre. Il en résulte un état de surexcitation et de mécontentement.

La majeure partie de ces malades sont inaptes à un travail intellectuel continu et prolongé; ils se fatiguent vite et sont obligés de l'arrêter. Ils ressentent parfois comme un obscurcissement intellectuel: ils lisent vingt fois la même chose, sans en comprendre le sens. Ils mettent le livre de côté; une journée, quelques heures se passent, et ce qu'ils n'ont pas pu réussir à comprendre, leur devient alors parfaitement clair;

ils s'assimilent sans le moindre effort ce qui leur paraissait absolument incompréhensible. Les neurasthéniques subissent très facilement l'influence d'autrui; le matin ils partagent l'avis de l'un, le soir ils ont subi une opinion contraire. Ils n'ont ni initiative, ni opinion personnelle; ils sont incapables de critiquer l'opinion d'autrui, ils subissent toujours l'influence de quelqu'un. En même temps, ils nous étonnent parfois par des actes et des pensées extraordinaires. Généralement ils sont peu enclins à suivre strictement une certaine direction dans les idées: ils trouvent une satisfaction bien plus grande en vivant librement suivant leurs propres sentiments, leur propre imagination, leur fantaisie; aussi accusent-ils souvent d'avoir la tête fatiguée et de ne pouvoir s'adonner à un travail intellectuel. Leur humeur est très variable: s'ils sont gais, ils passent brusquement à la tristesse et aux larmes; ils sont très excitables, mécontents de tout, acariâtres sans la moindre raison. Ils ont parfois des accès d'angoisse, de crainte, de désespoir, de mécontentement que rien n'a pu provoquer.

II.

Tels sont les phénomènes que l'on peut constater; dès la naissance, chez les personnes neurasthéniques qui ont hérité de leurs parents un système nerveux mal pondéré. En dehors des symptômes déjà mentionnés, elles peuvent en présenter une quantité d'autres; il n'y a presque pas de phénomène maladif dans toute l'étendue du système nerveux qui ne puisse se produire chez un neurasthénique; on rencontre dans cette maladie tous les symptômes de la neuropathologie. Cela paraît bien naturel.

La neurasthénie représente une instabilité des fonctions de tout le système nerveux; tel cas se caractérisera par tel phénomène prédominant, tel autre cas présentera un autre caractère. Cependant tout neurasthénique ne présente pas d'une manière absolue tous les symptômes que nous avons signalés; jamais on ne les rencontre dans leur totalité, mais

toujours en groupe et combinés de la manière la plus variée. Ainsi s'explique pourquoi les différents cas de neurasthénie se différencient notablement par la combinaison de leurs phénomènes.

Cependant, en observant attentivement tous les cas de neurasthénie, on parvient à les séparer en deux groupes bien distincts : dans l'un on rencontre une *instabilité* de l'esprit, dans l'autre des écarts, des apparitions malades dans la région des sentiments, des impulsions, des inclinations.

De prime abord les neurasthéniques du premier groupe peuvent se faire passer pour des gens très intelligents et d'une grande instruction. Leurs qualités intellectuelles sont très brillantes ; ils réagissent facilement à tout ce qui se passe autour d'eux, saisissent au vol chaque nouvelle idée et se l'approprient sans la moindre difficulté ; ils s'intéressent à tout, ils semblent avoir de l'entendement, de l'expérience et de la compétence pour tout. Ces connaissances variées, et qui embrassent toutes les sphères possibles, font surgir l'idée qu'ils ont une intelligence extraordinaire, parfois que ce sont même des génies. Leur vie est très active, leur travail intellectuel très varié et très fécond.

En pénétrant plus profondément dans leur activité intellectuelle, on est cependant étonné de constater combien celle-ci est superficielle. Ces gens se laissent facilement entraîner par les plans et les idées des autres, ils les approprient sans contrôle et sans critique, ils s'imaginent qu'ils sont bien les leurs et ils se mettent immédiatement à leur réalisation, mais pour les abandonner à la première difficulté.

L'entraînement et la chaleur avec lesquels ils se jettent sur tout ce qui est nouveau sont suivis bientôt d'une indifférence et d'un oubli tout aussi soudains.

Grâce à cette légèreté, cette inconstance, cette impuissance de s'arrêter, de se concentrer sur quelque chose, ils sautent d'une affaire, d'une entreprise à une autre. Ils sentent comme un besoin de changement, ils sont attirés vers tout ce qui est nouveau. Ils ne peuvent exister qu'en effleurant légèrement tout ce qui se présente sur leur passage.

Cette faculté de s'intéresser à tout, de s'occuper de tout et de vouloir tout savoir donne la preuve de leur faiblesse intellectuelle. Ce n'est là que le résultat de l'impuissance mentale, parce que ces hommes ne mènent rien à bout de ce qu'ils ont commencé. Ils font râter chaque affaire, chacune de leurs entreprises. S'ils pouvaient mener leurs projets jusqu'à bonne fin, ce seraient des Titans d'esprit, des génies. Malheureusement chaque entreprise les fatigue bien vite, ils la lâchent sans la moindre difficulté pour en commencer une nouvelle.

Il est compréhensible que si le cercle d'activité d'un pareil homme est large et s'il lui reste beaucoup de latitude, cet état maladif ne pourra que s'accroître ; il sautera aux yeux.

Afin de mieux le caractériser et de montrer de combien il se distingue du génie, nous citerons comme exemples deux souverains imaginaires.

L'un d'eux s'est trouvé à la tête d'un empire puissant et belliqueux. Son grand-père et son père avaient conquis de nouveaux domaines, acquis de grandes richesses, soumis leurs voisins, donné à leur état le bien-être, une armée puissante et invincible, des administrateurs et des généraux de génie, de grands savants et de belles institutions. Il se trouve à la tête de toute cette gloire, de cette grandeur, de ce pouvoir, lui le jeune souverain énergique instruit et puissant. En voyant sa jeunesse, son énergie et l'état brillant dans lequel se trouvait son peuple, tous ses voisins eurent la même idée : tout cela ne lui suffira pas. Il voudra tenter son bonheur, chercher une gloire militaire nouvelle, conquérir de nouvelles contrées, gagner de nouvelles richesses. Réellement il s'y mit. Il s'y mit avec courage et une énergie à toute épreuve. Il y avait des obstacles sur son chemin, des obstacles dans la personne des vieux conseillers et des compagnons d'armes de son père et de son grand-père, — des hommes éprouvés dans les combats et des administrateurs expérimentés, couverts de gloire et d'honneur, respectés et honorés non seulement par les citoyens de leur patrie, mais aussi par les peuples voisins. Un obstacle qui était bien à prendre en considération.

Mais qu'importe un obstacle pour un homme énergique, infatigable et ardent ! Les vieux conseillers reçoivent leur congé. Des personnages nouveaux, des courtisans, se mettent à la tête du gouvernement ; tous les fonctionnaires, tous les dignitaires sont remplacés ou changent de rôles. Le désordre survient, rien ne marche, rien ne réussit. Le jeune souverain veut être présent, veut tout faire par lui-même. Il édicte de nouvelles lois, réforme l'armée ; il se fait prélat, prédicateur, se fait entendre comme « la voix de Dieu sur les eaux ». Il compose des opéras et écrit des ballets ; il réforme les écoles, donne de nouveaux règlements aux travailleurs ; il change le système d'éducation ; il parcourt tout le continent pour des négociations diplomatiques ; il vient reviser inopinément des corps d'armée et des institutions. Il est si affairé, ses occupations sont tellement variées, qu'il n'est qu'un hôte rare dans sa propre maison.

Cet esprit si puissant et embrassant tant de choses à la fois, cette énergie infatigable, cette part qu'il prend personnellement à tout feraient penser qu'il créera un empire universel, qu'il soumettra les peuples voisins et donnera à l'humanité une paix éternelle et un siècle d'or.

Mais le souverain n'aime pas à s'occuper longtemps de la même chose. Il a éloigné les vieux conseillers, mais il n'a pas pu les remplacer par d'autres à qualités équivalentes. Il a ébranlé les vieilles institutions, mais n'a pas su en créer et en fonder de nouvelles. Il a touché aux vieilles lois, sans en créer de nouvelles. L'ancien système d'éducation n'a plus la confiance de ses sujets, mais il n'a pu le remplacer par un autre. Il a promis de changer les conditions de la vie des travailleurs sans tenir sa promesse. Il a été grand par ses discours, petit par ses actes. Il a manqué de tenacité, de patience, de savoir-faire, de connaissances, de volonté, de compréhension.

Ce souverain neurasthénique ne pourra jamais fonder un empire ; il le ruinera, il l'ébranlera au lieu de le raffermir ; il l'abaissera au lieu de l'élever, il le mettra en désarroi.

Prenons un autre souverain, tout aussi actif, tout aussi puissant. Son empire est plus vaste et plus grand encore. Mais en montant sur le trône, il le trouva complètement en désordre. Il constata que dans les pays voisins il y a plus d'ordre plus d'instruction, plus de richesses, des armées mieux organisées. Il ne possède dans son empire ni conseillers, ni hommes savants et instruits, ni ouvriers expérimentés, pas de fabriques, ni manufactures, pas de flotte, pas de commerce, rien de ce qui se nomme civilisation et culture. C'est presque forcé et contraint qu'il a accepté son trône. Comme homme intelligent il comprit que son empire serait détruit et annihilé s'il n'y introduisit l'instruction et les autres connaissances qui existent chez ses voisins. Ce jeune monarque parcourt le monde du nord au sud, de l'est à l'ouest. Il veut tout voir, tout apprendre; il prend ses dispositions, il arrange tout lui-même. Il organise une armée, une flotte, il édicte des lois, il institue l'académie des sciences, il fonde une typographie, des fabriques, des manufactures; il introduit un nouveau costume, il change l'extérieur des hommes et fait des réformes dans les questions d'église; il entreprend des guerres continues; il recule les frontières de son pays; il parvient à changer le genre de vie et fait de son empire asiatique un empire européen. Il se fait respecter et honorer par la seule force de son talent. Il ne marchait pas de front avec les convictions et les exigences de son peuple qu'il aimait, il allait contre elles. Il n'avait pas à suivre seulement le chemin de la gloire et des traditions militaires de sa patrie; il lui appartenait de les créer. Il ne trouvait pas dans les vieux conseillers qui l'entouraient, le soutien voulu pour faire prévaloir ses idées et ses plans, il avait à pourvoir au choix d'hommes qui pouvaient lui venir en aide.

Il ne composait ni opéras, ni ballets, mais il fonda des théâtres; il ne changea pas le système d'éducation, mais il fonda des écoles. Ce souverain créa tout. Quelle différence y a-t-il entre le premier et le second? Le premier se laissait facilement entraîner par toute nouvelle entreprise; il s'en

lassait bientôt et l'abandonnait tout aussi vite; le second menait toutes ses entreprises à bonne fin avec l'amour d'un père pour ses œuvres. Le premier n'avait pas d'idées personnelles, il saisissait au vol celles d'autrui et les lâchait immédiatement; le second avait ses idées à lui, il les pesait mûrement et ne les abandonnait jamais. Le premier, grâce à son impuissance intellectuelle, devait s'enfermer dans un cercle restreint d'idées et sautait de l'une à l'autre; le second savait maîtriser ses idées, les coordonner et les mettre en rapport. Le premier se laissait tenter par la forme d'une pensée sans l'approfondir — le second l'examinait et la scrutait à fond. Le premier ne connaissait jamais les particularités d'une affaire — le second entrait dans les moindres détails et se les assimilait complètement.

Le premier était un pigmée, un neurasthénique intellectuel, — le second, un Titan d'esprit, un génie. Le premier, une impuissance irrascible, le second, la force et la vigueur.

Dans le second groupe de la neurasthénie les malades paraissent intellectuellement bien portants; en revanche leur caractère, leur manière d'être et leurs actes offrent beaucoup de singularités et de déviations; ils en ont conscience, ils les regrettent mais ils en sont responsables devant la société. Certains d'entre eux sont méchants, emportés, sanguinaires, et trouvent du plaisir à torturer autrui; d'autres sont des alcooliques ou abusent de la morphine, de l'opium, etc.; ou bien encore ils se passionnent pour les cartes, ils deviennent collectionneurs de choses inutiles; ils recherchent la mauvaise société ou trouvent du plaisir à mendier, à vagabonder; quelquefois même ils se sentent attirés vers le même sexe et même vers les animaux.

Parfois ces malades ont des accès d'angoisse, de peur, ou bien de gaieté folle sans la moindre raison. D'autres fois ils vivent dans un état de langueur, de surexcitation et d'attente; ils craignent que quelque chose ne leur arrive. Ils savent toutefois que rien n'arrivera, et néanmoins ils s'y attendent et s'attendent toujours à quelque chose de terrible.

En dehors de ces symptômes, il peut y avoir une masse d'autres phénomènes qu'il est impossible d'énumérer ici. Comme chez les neurasthéniques du premier groupe, jamais on ne les rencontre tous réunis chez un seul malade. Ce n'est qu'en observant une quantité de ces malades qu'on peut tracer convenablement le tableau de l'affection.

Chez le neurasthénique le mal débute par un seul phénomène morbide; ultérieurement ce symptôme peut être remplacé par un autre. L'un ou l'autre de ces symptômes peut n'avoir qu'une durée fugace, disparaître après quelques heures, parfois même après quelques minutes; le malade paraît alors se porter parfaitement bien, mais le lendemain, ou peu de temps après, s'il se trouve dans des conditions défavorables, l'état maladif revient. Dans ce cas encore on se trouve devant un système nerveux mal pondéré, un état d'anxiété, de peur, de langueur, d'attente, d'impulsion et de passion. Le malade lui-même en comprend le peu de valeur, mais il n'a pas la force de résister contre ces sensations fugaces.

Les différents phénomènes de la neurasthénie intellectuelle peuvent être combinés avec ceux de la neurasthénie des sentiments et des passions et contribuer ainsi à compléter le tableau de la maladie.

La marche de la neurasthénie est très variable : le malade vivant dans des conditions favorables et un traitement approprié aidant, la neurasthénie peut guérir d'une manière définitive ou au moins pour un certain temps; dans le cas contraire elle peut persister pendant toute la vie, mais offrir des intervalles lucides d'une durée variable. La maladie peut également s'aggraver et dégénérer en une maladie nerveuse ou mentale. La neurasthénie d'ailleurs est un terrain propice pour le développement de toute espèce de maladie du système nerveux; nous avons déjà vu qu'elle peut donner naissance à l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, aux obsessions, aux peurs, aux anxiétés et aux maladies mentales.

Parmi les différentes maladies mentales, c'est le plus souvent la folie primaire à délire systématisé ou la paranoïa

que l'on observe après la neurasthénie. Ce genre de psychose offre le plus grand intérêt. Essayons d'en suivre le cours depuis le moment où la neurasthénie se transforme en maladie mentale jusqu'au moment de son développement complet sous forme de délire de persécution. Nous n'entrerons pas dans les détails de la folie primaire à délire systématisé; nous en avons fait la description dans un autre travail.

Les modes de développement de la paranoïa entée sur un terrain neurasthénique sont bien multiples; nous ne nous arrêterons qu'à celui qui se rencontre le plus fréquemment.

L'excitabilité nerveuse et l'état de déséquilibre nerveux du malade prennent naissance quand l'individu vit dans des conditions défavorables; il se développe alors une inquiétude, une agitation fiévreuse. Le malade craint constamment que quelque chose va arriver; il cherche à se rendre compte du motif de son inquiétude; il lui semble que les personnes qui l'environnent ne sont plus les mêmes à son égard, qu'on lui prête une trop grande attention, qu'on le guette, qu'on l'observe sans cesse. Chacun de ses pas, de ses mouvements, de ses entreprises excite une attention toute particulière; c'est comme si son entourage devinait ses pensées. L'attention toute particulière, dont il est l'objet, lui donne matière à réflexion, et, sans aucun doute, il exagère. Tout le monde est envers lui aujourd'hui comme autrefois. Sa réaction est trop grande; il exagère toutes les impressions reçues, il suppose qu'il éveille trop l'attention de son entourage.

Cette sensation fausse de l'esprit d'observation s'exprime chez le *paranoïque* dans les moindres faits de la vie usuelle :

Hier le malade avait un vieil habit, aujourd'hui il en a un nouveau. Personne n'a remarqué ce changement, mais le malade s'imagine avoir un tout autre air; il croit que tout le monde l'observe; il y prête une attention presque continue. La même chose arrive quand il s'est fait couper les cheveux, quand il met une nouvelle chaussure, etc.

Ce fait est d'observation journalière et explique l'état maladif qui se manifeste chez le *paranoïque* quand il croit exciter l'attention d'autrui.

Mais pourquoi se croit-il l'objet de cette attention? Il n'en trouve pas immédiatement la réponse, et c'est pour ce motif que son attention s'accroît encore. Il devient excessivement soupçonneux et méfiant. Caché, renfermé, concentré en lui-même, le *paranoïque* observe de loin, et sans vouloir en avoir l'air, tout ce qui l'entoure. Il croit voir avec terreur que rien ne se fait sans un but caché; c'est comme si tout ce qui l'entoure avait un autre aspect; tout semble changé, rien ne se passe comme autrefois. On comprend que ce ne sont pas les conditions qui l'entourent qui ont changé, mais sa faculté d'y réagir; il ne s'en rend pas compte, il croit ce changement réel et veut en trouver l'explication. Ses soupçons s'accroissent et envahissent tout son être; il est toujours sur ses gardes, il épie sans cesse quelque chose. Cette méfiance devient l'origine d'un nouveau symptôme : la tendance d'attribuer à sa propre personne tout ce qui se passe autour de lui. Le voilà marchant dans la rue, par exemple : un des passants crache; il croit qu'on veut l'insulter. Il entend dire un autre passant : « On ne peut pas se fier à lui. » Il en résulte pour lui cette déduction : « C'est à moi qu'on ne peut pas se fier : » pourquoi, qu'ai-je fait? En quoi ne peut-on pas se fier à moi? Tout une série de questions pénibles s'ensuit : le pourquoi, le comment reviennent toujours? Le malade lit un journal; il y est question de la nécessité immédiate de détruire les marmottes dans le pays de.... « Eh bien où, les marmottes.... Pourquoi parler de marmottes.... C'est moi qu'ils veulent faire périr, c'est moi qui suis du pays de.... »

La toux, le moindre geste, chaque rencontre des personnes de son entourage sont interprétés par le malade comme si ces faits se rapportaient à lui.

Un *égocentrisme* surprenant se développe chez ces malades, c'est-à-dire un état mental qui les fait croire que leur moi est devenu le centre du monde entier.

Tout cela ne constitue que la première phase de sa maladie. Cette phase peut exister ou faire défaut. Si elle existe, ce n'est qu'au fond de l'âme du malade et les autres ne peuvent pas s'en

apercevoir. Seulement l'œil exercé du médecin psychiatre le devine et le fait avouer en partie par des questions très prudentes qui ne semblent pas y avoir le moindre rapport.

Pour le malade cet état d'âme est excessivement pénible et torturant. Il ne lui donne de repos ni jour, ni nuit; il le prive de cette tranquillité d'esprit et gâte ses rapports avec ses plus proches, ses parents et ses amis.

Des illusions et des sensations illusoire viennent à s'y ajouter. Le malade s'imagine voir l'expression du dédain, de la moquerie, du blâme, du soupçon sur le visage des personnes qui lui sont proches; leur voix lui semble avoir un accent mécontent, moqueur; leur manière de serrer la main semble vouloir le repousser et a quelque chose de rude. L'air même qu'il respire a quelque chose de particulier, de désagréable, de suspect.

Tout cela rend le malade très prudent; il s'éloigne de sa société habituelle, il se replie sur lui-même, il se sent blessé jusqu'au fond du cœur.

Pourquoi cette persécution? Pourquoi ce persiflage? Où chercher un aide, un appui, une protection, une défense? Tout le monde est contre lui. Il ne voit que des ennemis; ils lui veulent du mal; ils désirent sa perte. Une animosité, une haine remplissent le cœur du malheureux envers tous ceux qui l'approchent, spécialement envers les plus proches parents et ceux qui autrefois lui étaient les plus chers. Leur malheur lui fait plaisir, leurs souffrances lui sont une consolation. Leurs tourments sont du baume pour son cœur malade. Il n'y a pas de mal qu'il n'aurait désiré à tout le genre humain, pas de torture qu'il ne lui aurait infligé, pas de supplice qui l'aurait satisfait. Encore une fois tous les hommes sont ses ennemis; ils le torturent, ils le tourmentent, ils veulent sa perte. Il sait tout cela, il l'entend, il le sent.

C'est le délire de la persécution à son apogée.

Parfois le malade se tranquillise, se calme un peu. L'idée lui vient : serait-ce bien vrai? Est-ce que je ne me trompe pas? Est-ce que je ne les accuse pas à tort?

Et voilà qu'il lui vient des moments de perplexité, de doute, de repentir. Mais, hélas, ces idées ne persistent pas bien longtemps. Un nouvel accès de colère, de haine envers tout le genre humain l'envahit.

S'il pouvait inonder la terre du sang de ses ennemis, son plus grand bonheur serait de pouvoir s'y baigner. Cette cruauté, cette férocité, cette soif de sang constituent un phénomène logique, une suite naturelle des souffrances et des tourments que le délire de persécution lui fait endurer.

La méchanceté et la cruauté peuvent être des sentiments innés au malade, ou bien ils peuvent le remplir d'horreur, comme c'est le cas pour la plupart des mortels. S'il en est ainsi, les pensées féroces du malade sont contre-balancées par son naturel, étranger à la cruauté. Dans le premier cas les pensées cruelles trouvent un appui dans la nature barbare du malade et les crimes commis par cette espèce de gens se distinguent par une cruauté et une férocité excessives. Mais quelque soient les combinaisons d'impulsion féroce et de tendance innée pour la férocité des *paranoïques*, jamais ils ne risqueront de commettre leurs férocités d'une manière imprudente; ils savent bien qu'un châtimement sévère en serait la suite.

Tel est le *paranoïque* souffrant du délire de persécution. C'est une bête, une bête implacable. Une bête qui a soif de sang et qui est prête à mettre en pièces le monde entier.

En même temps c'est un homme comme les autres, un homme normal, bien portant, vivant de la vie des autres et dont les actes ne se distinguent pas de ceux des autres.

III.

Quelques auteurs désignent encore la paranoïa ou la folie à délire systématisé sous le nom de monomanie et c'est à juste titre que ce nom lui a été donné. Cette maladie offre un dédoublement de la conscience de l'homme. Le paranoïque ne se distingue pas des autres hommes dans sa manière de vivre; il a les mêmes connaissances, il sait les appliquer et réagit

d'une manière juste à tout ce qui se rencontre sur son passage. En même temps le délire de persécution trouble le cours ordinaire et normal de son existence. Il vit d'une vie double : d'un côté il a une manière de penser et d'agir tout à fait normale ; c'est elle qui se manifeste dans ses rapports avec les autres hommes ; d'un autre côté, il a son délire qu'il garde dans le plus profond de son cœur. Pendant longtemps le paranoïque vit de cette double vie sans que son entourage s'en aperçoive. On remarque chez lui certaines bizarreries ; il paraît autre que le reste des personnes ; on le traite d'original. Tout cela ne l'empêche pas d'être un fonctionnaire capable, actif et ponctuel, ou un homme qui dirige bien ses affaires. Pendant de longues années il peut remplir ses fonctions à la satisfaction de tous, être un bon père de famille.

Le délire de persécution ne quitte jamais le malade, mais il change d'intensité. Tantôt il augmente, tantôt il diminue. Pendant la période de rémission le malade est tranquille, consciencieux au travail, plus ou moins sociable et se plie facilement aux exigences de la vie publique ; pendant la période du paroxysme le paranoïque quitte sa manière de vivre habituelle ; les idées délirantes qui l'obsèdent se manifestent dans toutes ses actions. Si nous pouvions nous imaginer un homme dans une position parfaitement indépendante et au dessus de toutes les autres, avec des droits et une liberté d'action illimités, absolus, ses idées délirantes prendraient vite le dessus et il pourrait, dans un paroxysme de son délire, détruire l'univers entier. Il serait l'incarnation du mauvais esprit et le destructeur de tout ce que Dieu a créé. Il ferait mettre à mort tout ce qui vit, tout ce que son pouvoir permettrait d'atteindre ; il se plairait à voir couler le sang de ses ennemis et à s'y baigner.

L'homme normal vit dans d'autres conditions. Sa conscience met un frein à ses pensées, à ses inclinations, à ses impulsions, à ses désirs. Il se soumet à des lois.

Au moment du paroxysme, il y a un combat qui se livre dans l'âme du paranoïque entre ses pensées délirantes et sa

conscience des lois, des devoirs et des exigences de la vie. Il faut que la conscience prenne le dessus sur son délire; le paranoïque est un homme qui a ses bizarreries, mais qui peut être toléré dans la société. Quand son délire l'emporte, il franchit les limites de la loi et des exigences de la vie; il devient un criminel; il faut le colloquer dans un asile.

Cet état de paroxysme ne dure que cinq à dix jours; il excède rarement deux à trois mois; le paranoïque redevient calme. Ses idées délirantes s'apaisent, ses impulsions deviennent moins intenses, l'état d'esprit lucide prend le dessus. Le malade revient à son genre de vie habituel; il remplit ponctuellement son devoir, maintient assez bien ses rapports avec la société; il lit, parfois même il écrit et publie ses ouvrages. Extérieurement il peut être difficile de le distinguer des autres gens. Cet intervalle lucide a généralement une durée de trois à huit mois et en se terminant la maladie rentre de nouveau dans une de ses phases aiguës. On comprendra aisément que pendant ces paroxysmes les idées délirantes l'emportent sur la lucidité d'esprit; à un moment donné elles finissent par devenir prédominantes.

Ce combat d'une double vie dure des années et même des dizaines d'années mais progressivement les forces intellectuelles et l'énergie du malade baissent. Il perd ses traits caractéristiques pour tomber finalement dans la démence.

Il existe conséquemment des exemples de troubles mentaux dans lesquels un homme peut à la fois être intelligent et aliéné, bon travailleur et mentalement malade, occuper dignement un poste responsable et être à la fois un criminel. C'est le cas d'un homme qui vit d'une double vie intérieure, c'est-à-dire dont *la lucidité d'esprit est altérée par une monomanie*.

De pareils cas sont assez fréquents. On les rencontre dans toutes les positions sociales, depuis la position du plus petit travail jusqu'au sceptre royal.

Pour ceux qui ne connaissent pas cet état d'âme morbide les monomaniaques constituent un problème qu'ils ne par-

viennent pas à résoudre. Les médecins, au contraire, en ont fait une forme morbide bien connue.

Pour compléter le tableau de l'état d'âme du paranoïque, il faut encore y ajouter quelques traits.

Renfermé et concentré en lui-même, le malade a une imagination surprenante. Cette concentration et cette imagination se développent à un tel degré, qu'elles constituent un état pathologique et l'obligent à vivre exclusivement dans une région donnée. Il s'isole de ses semblables et en se concentrant en lui-même, il s'écarte des idées ordinaires de la vie; un raisonnement sain, dans les limites des idées et des conceptions normales, lui paraît difficile et pénible.

Il trouve le plus grand plaisir à s'arrêter sur les tableaux que son imagination et sa fantaisie lui dépeignent, il bâtit des châteaux en Espagne, il invente des histoires entières, et fait défiler devant lui les phantasmagories les plus étranges; le héros, le centre de tout cela c'est lui, entouré de ses ennemis imaginaires. Il croit voir de ses propres yeux leurs artifices, les pièges qu'ils lui tendent, il croit entendre des blâmes, des calomnies; il devine leurs crimes, il tâche de prévenir et d'empêcher, il les punit, il les met au supplice, à la mort même; il ne voit dans l'univers entier que sa propre personne.

La seconde particularité des paranoïques est celle que ce genre de malades ne distingue pas les rêves de la réalité; ils prennent les tableaux de leur imagination pour la réalité. Cette propriété leur sert de base au développement des idées fausses et erronées, ainsi qu'à leurs actes absolument dénués de sens commun. Grâce à leur imagination et à leur fantaisie, développées outre mesure, ils sont incapables de se former un ordre d'idées enchaîné; ils ne savent pas concentrer longtemps leur attention sur un point quelconque. Ils peuvent avoir de l'esprit, de l'à propos, être spirituels et paraître jouir d'une instruction solide; un examen attentif dévoile une science superficielle, Ils peuvent avoir des connaissances très étendues; ils sont inaptes à les appliquer.

Ils sont très sensibles à tout ce qui se passe autour d'eux,

mais inaptes à approfondir les choses, ils vivent des pensées d'autrui, à l'exception toutefois de leur délire. Parfois tout ce qui se passe autour d'eux prend une teinte fausse, parce qu'ils n'envisagent pas avec leurs yeux réels, mais avec des lunettes que leur fantaisie et leur imagination leur prêtent.

Cette instabilité de l'esprit des paranoïques, ces connaissances superficielles et l'incapacité de concentrer ces idées sur un point quelconque s'expliquent aisément par le caractère propre aux neurasthéniques de se jeter sur tout pour l'abandonner un instant après par suite d'un épuisement trop rapide de leurs forces et de leur énergie.

N'oublions pas en outre qu'un paranoïque vit d'une vie intérieure double; étant tout seul, son état mental morbide prend le dessus, tandis que son état d'esprit lucide se trouve bien au dessous de la normale.

Si son intelligence paraît morbide et déséquilibrée, son sens moral l'est encore bien plus et offre des particularités pathologiques très nettes. Comme conséquence logique de son cours d'idées morbides, le paranoïque cherche l'isolement parce qu'il croit que tous les autres hommes sont ses ennemis. Il est donc bien naturel qu'il ne vit que pour lui-même.

Son égoïsme saute aux yeux. La société, l'humanité, les intérêts de ses parents et amis n'existent pas pour lui. L'idée sociale, l'idée de l'amour pour son prochain est annihilée.

Le paranoïque se tient renfermé en lui-même; son délire de persécution est caractéristique pour ces cas-là; il s'accorde parfaitement avec son isolement et sa méfiance. Souvent il est cruel et très exigeant envers les siens.

L'affection pour ses parents n'existe pas. Les sentiments qui devraient le lier à eux, constituent souvent un prétexte légitime pour des prétentions et des exigences parfois absurdes. Tels sont aussi leurs rapports avec ses frères et ses sœurs. C'est là encore une coïncidence remarquable du délire de ce genre de malades avec les rapports morbides au point de vue de la morale. Très souvent les frères et sœurs deviennent les premières victimes des crimes qu'ils commettent sous l'in-

fluence des idées délirantes. Même pendant la rémission de son délire ce malade est loin de posséder l'amour fraternel ou l'amitié. Sa femme et ses enfants sont les plus malheureux entre tous. La femme est son esclave, les enfants ne sont pour lui que les êtres dont l'existence n'est qu'une charge inutile.

Ainsi se comportent les paranoïques envers leurs plus proches, envers ceux qui devraient leur être les plus chers. Ils violent les traits moraux qui caractérisent non seulement l'homme, mais même certains animaux supérieurs. Ils ne reconnaissent ni amis, ni proches. Tous doivent s'occuper de lui; il ne se soucie de personne.

C'est là la première violation des conditions sociales de l'existence humaine. Ces malades sont des égoïstes cruels et sans cœur, des déclassés, des *solitaires*, vivant en dehors de la société, repliés sur eux-mêmes. Ils ne comprennent plus ce que c'est que la société, ils n'en sentent plus le besoin.

Cette position des *solitaires* du genre humain met à néant l'opinion générale que l'homme est un animal sociable, qui vit en société et pour la société et qui ne peut s'en passer. Les paranoïques renversent ces sentiments naturels.

En examinant la vie des animaux, surtout de ceux qui vivent en troupes, nous voyons qu'entre eux aussi il y en a qui vivent solitairement, évitant la société de leurs semblables, ne poursuivant que leurs propres intérêts.

Ce phénomène offre un grand intérêt et peut contribuer puissamment à l'étude du même cas chez l'homme. Malheureusement la biologie s'en est encore très peu occupée et nous devons nous borner à enregistrer les quelques données qui existent à ce sujet.

Brehm ⁽¹⁾ dit, qu'entre les éléphants il y en a qui vivent solitaires, en dehors du troupeau. Ils portent même un nom particulier, les *hundas* et les *rogues*, selon qu'ils ont le caractère bon ou mauvais. Parmi les cochons sauvages ⁽²⁾,

⁽¹⁾ BREHM, *La vie des animaux*, 1886, t. II, p. 699.

⁽²⁾ Ibid., p. 133.

il y a aussi qui vivent seuls. On trouve encore ces solitaires dans d'autres familles d'animaux, même chez les poissons ⁽¹⁾.

P. Terletzky ⁽²⁾, qui a beaucoup étudié la vie des poissons, suppose que ces solitaires sont ou des malades ou des incommodés par quelque'un ou quelque chose.

Si l'on excepte ce manque de qualités positives, propres à tous les animaux qui vivent d'une vie sociable, nous voyons chez les paranoïques des qualités négatives, comme la méchanceté, la haine et l'égoïsme.

Nous sommes habitués à croire que les actes méchants et cruels ne se commettent que dans un moment d'oubli et que ce sont des phénomènes contraires au bon sens. Pour ce qui concerne les paranoïques, la méchanceté et la féroceité sont les traits dominants de leur caractère et ils les gardent souvent depuis leur enfance jusqu'à la vieillesse. Comme enfants, ils aiment à tourmenter les animaux, ils dénichent les petits oiseaux et les étranglent, ils tourmentent les jeunes chats, les jeunes chiens, etc.

A mesure qu'ils grandissent, ils répètent les mêmes expériences sur les membres cadets de la famille, sur des enfants étrangers; plus tard ils tourmentent leur femme et leurs enfants. Un manque de cœur qui étonne, un calcul, souvent absurde de chacun de leurs pas, sont leurs traits caractéristiques. Il est rare qu'on puisse trouver parmi les paranoïques un homme de cœur, aimant sincèrement son prochain et sa patrie et ayant des idées honnêtes et loyales.

A travers tous les actes des paranoïques perce la méfiance, la prudence, le soupçon, la dissimulation et la cruauté.

La dissimulation est bien fréquente chez eux. Quand un médecin aliéniste rencontre dans son asile un malade qui nie absolument sa maladie et explique assez logiquement son

(1) I. O. FESSENKO, *Faits tirés de la psychologie et de la sociologie des poissons* (La Pensée, 1880, p. 188).

(2) TERLETZKY, *La vie des poissons dans nos rivières et dans nos lacs*, 1879.

admission par un malheureux hasard ou un malentendu, sa première idée est qu'il se trouve devant un paranoïque. Un interrogatoire adroit en dévoile parfois bien vite l'explication. Dans quelques cas néanmoins toutes les tentatives du médecin dans le but de découvrir la vérité restent infructueuses.

La cruauté de ces malades surpasse tout ce qu'on peut se figurer. Elle forme parfois la base de tout leur caractère. Ils vivent pour ainsi dire de cruauté; ils méditent longtemps leurs plans cruels et la manière de les exécuter. Ils se plaisent à être cruels et à assister aux souffrances qu'ils provoquent. Souvent la soif du sang se joint à cette cruauté. Ils voient le sang devant eux, dans leur imagination, ils aspirent à pouvoir en verser, ils y trouvent presque une jouissance suprême. Cette cruauté et cette soif de sang se constatent aussi avec des moments de paroxysme et de rémission.

A côté de ces terribles symptômes, on remarque quelquefois chez eux beaucoup de prudence, de ruse, de perfidie, de poltronnerie même; en même temps ils forgent des plans de vengeance, des intrigues et même des crimes. Souvent les paranoïques sont dépravés dans leurs passions et leurs inclinations, et conformément à l'ensemble de leur caractère, ils sont également bizarres et particuliers dans ces actes. Leur vie sexuelle est particulièrement intéressante. Souvent ils mènent la vie des anachorètes sous le rapport sexuel et sont impotents; mais ils ont parfois des passions irrésistibles et dénaturées. Leur besoin naturel se mêle aux tableaux de leur imagination malade et ils tâchent de le satisfaire d'après leurs conceptions.

On constate souvent chez eux un sentiment de haine et de dégoût pour le sexe opposé, surtout les hommes pour les femmes; ils se sentent attirés vers leur propre sexe; c'est avec lui qu'ils obéissent à leurs passions. Dans quelques cas même leurs passions sont assouvies avec des animaux. Sous ce rapport encore les paranoïques sont des êtres qui n'ont de l'être humain que la forme extérieure; aussi est-il fréquent de constater chez eux bien souvent des anomalies physiques.

On peut donc les considérer comme des déclassés, comme un rebut de la société, même un rebut très dangereux.

Un paranoïque reste généralement célibataire et, s'il se marie, sa postérité est condamnée à s'éteindre. Dans les deux cas il y aura conséquemment une véritable dégénérescence. Cette dégénérescence peut être considérée comme une des terminaisons de cette maladie mentale.

ANALYSES D'OUVRAGES.

GOÎTRE EXOPHTALMIQUE ET DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE, par les
D^{rs} RAYMOND et SÉRIEUX.

Analyse par le D^r MOULAERT, membre titulaire.

Le but des auteurs dans leur présent travail a été de jeter un peu de clarté sur la nature des phénomènes psychiques qui accompagnent généralement les manifestations physiques du goître exophtalmique: ils ont cherché à démontrer que ces troubles psychiques ne peuvent être considérés comme des troubles fonctionnels faisant partie intégrante de l'affection dont ils constitueraient ainsi les symptômes d'origine cérébrale; ces troubles se montrent en effet tantôt au cours de goître exophtalmique, tantôt bien antérieurement à son début ou encore postérieurement à sa guérison et peuvent revêtir toutes les formes des vésanies; mais les auteurs ont surtout cherché à mettre en lumière la coexistence si fréquente de la dégénérescence mentale chez les sujets atteints de goître exophtalmique, et c'est à cette circonstance d'après eux et non au goître proprement dit que sont dus la déséquilibration mentale, les idées obsédantes, les impulsions et certains délires que l'on rencontre chez les individus atteints de la maladie de Basedow et qui jusqu'ici avaient été considérés comme partie intégrante de cette affection.

Après un court exposé historique de la question, les auteurs relatent dans tous leurs détails les observations très intéressantes de quatre malades atteintes de goître exophtalmique et chez lesquelles la dégénérescence mentale due à des tares héréditaires psychopathiques est manifeste; les auteurs n'admettent donc pas ce qu'on appelle la folie du goître exophtalmique. S'appuyant sur les récents travaux de Charcot et de Magnan, ils n'hésitent pas à dire qu'il n'y a pas plus de *folie exophtalmique*, qu'il n'y a de folie hystérique, celle-ci n'étant en effet qu'une association de l'hystérie avec la dégénérescence mentale; il n'y a donc pas de psychose propre au goître exophtalmique, les troubles mentaux n'ont en eux même rien de caractéristique, ils peuvent en effet revêtir toutes les

formes possibles depuis la simple excitation intellectuelle jusqu'au délire le plus systématisé; ainsi le goître exophtalmique peut être associé avec l'hystérie ce qui est le plus fréquent, avec l'épilepsie comme en témoignent différentes observations citées par les auteurs, avec la neurasthénie, la mélancolie, l'excitation maniaque et les délires de toutes les formes; enfin le goître exophtalmique est très souvent associé avec un état de dégénérescence mentale due aux arrêts de développement ou au fonctionnement pathologique des divers centres cérébraux et médullaires. Cet état de dégénérescence mentale se manifeste spécialement par des idées obsédantes, des impulsions, ou simplement par un état de déséquilibre mental qui constitue la caractéristique de ces sujets; c'est là surtout que l'hérédité joue un rôle important. Les exemples abondent de sujets qui viennent au monde ultra-émotifs et dont la maladie de Basedow n'est qu'une des multiples manifestations d'une prédisposition nerveuse pathologique.

Est-ce à dire que le goître exophtalmique n'est pour rien dans l'éclosion des troubles mentaux? Les auteurs de la brochure ne vont pas jusqu'à là, mais ils sont tentés de croire que les troubles de la circulation cérébrale et peut être aussi les phénomènes d'auto-intoxication dus à la lésion du corps thyroïde peuvent agir en tant que cause occasionnelle ou provocatrice qui, au même titre qu'une cause banale de nature quelconque, peut réveiller une prédisposition latente, et d'un autre côté pourquoi ne pourrait-on pas attribuer au choc moral initial, à l'émotion, une valeur aussi considérable pour le développement des phénomènes cérébraux que pour l'apparition des troubles bulbaires eux-mêmes qui constituent le goître exophtalmique? Les auteurs estiment donc qu'une part importante des troubles psychiques qui coexistent avec la maladie de Basedow relèvent en réalité de la dégénérescence mentale et l'existence des symptômes psychiques classiques du goître exophtalmique dont l'exagération constituerait la manie ou la mélancolie symptomatique de la maladie est loin d'être démontrée d'après eux.

Il ne manque cependant pas d'auteurs qui prétendent le contraire, M. le Dr Jacques et MM. les professeurs Mairat et Ball entr'autres ont été jusqu'à prétendre que le goître exophtalmique peut créer une maladie mentale de toutes pièces même chez les malades dont les antécédents héréditaires seraient nuls, mais les auteurs du travail qui vous est soumis croient que les faits cités à l'appui de l'opinion de ces éminents praticiens peuvent être différemment interprétés; il n'avait pas été suffisamment tenu compte, disent-ils, des tares d'hérédité manifeste que des recherches plus minutieuses ont fait découvrir plus tard.

En terminant les auteurs examinent les différentes théories au sujet du goître exophtalmique; pour la majorité des auteurs c'est une névrose bulbo-protubérentielle amenant une parésie du pneumo-gastrique et une paralysie des centres vaso-moteurs; dans une remarquable leçon clinique, le professeur Peter a fait ressortir qu'à la base du goître exophtalmique on trouve toujours une émotivité spéciale, d'où choc moral qui peut produire et les troubles psychiques et la névrose bulbaire. L'émotivité en centuplant les phénomènes physiologiques fugaces de l'émotion les transforme en symptômes pathologiques durables dont l'ensemble constitue la maladie de Basedow.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS SYPHILITQUES DU SYSTÈME NERVEUX
CENTRAL, par PAUL KOVALEVSKY.

Analyse par le Dr DE BOECK, membre titulaire.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt le travail très complet du professeur Kovalevsky; il y expose en quelques pages les indications à remplir dans le traitement des affections syphilitiques du système nerveux central, et exprime sur leur nature et leur pathogénie certaines opinions nouvelles, tout au moins pour nous, qui croyons à l'action directe du mercure sur le contagion syphilitique.

Le traitement rationnel d'une maladie dépend essentiellement des causes qui l'ont déterminée. En général la maladie relève de causes multiples; il en est ainsi en particulier pour les affections syphilitiques du système nerveux central; le plus souvent elles dépendent à la fois de la syphilis et de causes diverses. Ainsi s'explique pourquoi dans certains cas le traitement le plus rationnel et le plus énergique ne parvient pas à combattre la céphalalgie du syphilitique; il suffit pour compléter le traitement et faire disparaître la douleur, parfois en moins de 24 heures, de défendre l'usage du tabac.

Il est donc de la plus grande importance dans le traitement des affections qui nous occupent, de tenir compte de toutes les causes qui ont contribué à leur production : l'hérédité névropathique, l'alcoolisme, les abus de tabac, les excès vénériens, le surmenage, les traumatismes.

Remarquons d'autre part que la syphilis du système nerveux central est une affection complexe; elle détermine la production de corps étrangers à l'intérieur du crâne, des altérations des éléments

nerveux proprement dits. Le traitement de la syphilis nerveuse devra donc comporter en premier lieu la destruction et l'élimination des corps étrangers et en second lieu la réparation des portions nerveuses détruites, dégénérées.

L'auteur est partisan du traitement mercuriel de la syphilis du système nerveux central; mais contrairement aux idées dominantes chez nous, il ne considère pas le mercure comme un agent doué de propriétés anticontagieuses, spécifiques à l'égard du poison syphilitique. Le mercure n'a d'autre rôle que de détruire les productions pathologiques du virus syphilitique; il n'existe pas d'agent capable d'anéantir complètement ce contagé; ce qui n'empêche pas la syphilis d'être une maladie curable.

Il faut rapporter les effets du mercure à son affinité spéciale pour les albuminoïdes; introduit dans l'organisme, il va se combiner aux albuminoïdes des divers tissus et en détermine la destruction; il provoque ainsi tout d'abord la déchéance des tissus les moins résistants, des tissus les plus jeunes et notamment des tissus pathologiques. Ainsi s'expliquent les bons effets du mercure, et pourquoi le prescrivent même ceux qui n'admettent pas son action spécifique sur le contagé syphilitique lui-même.

L'action du mercure sera complète si, en même temps qu'on l'administre, on favorise l'élimination des tissus détruits; avec ces tissus seront éliminés une partie des contagés, ceux qu'ils renferment.

La dose de mercure administrée par l'auteur varie; dans les cas aigus, il prescrit chaque jour une friction de 4 à 6 grammes; dans les cas subaigus une friction de 4 grammes; dans les cas chroniques de 1 à 2 grammes. Il est impossible de déterminer a priori le nombre de frictions qui sont nécessaires. L'auteur a vu des malades pratiquer des frictions pendant plusieurs années, atteindre un chiffre de 1500 à 1800 frictions et n'être cependant pas guéris. Les malades qui tout en faisant des frictions suivent un traitement dans une ville d'eau doivent être traités un peu différemment de ceux qui se soignent à domicile; l'auteur donne des renseignements sur ce qu'il prescrivait à Piatigorsk dans le Caucase où il a exercé la médecine pendant un certain temps.

Il aime à administrer la décoction forte de Zittmann; il remplit ainsi deux indications; d'une part il détruit les néoplasies syphilitiques et d'autre part il stimule l'activité des glandes cutanées, des reins et de l'intestin. Cette préparation est surtout utile dans les cas de gommès chroniques, lorsque, par des frictions mercurielles énergiques ou des injections sous-cutanées, les produits gommeux qui encombraient le cerveau ont disparu, mais qu'il reste des symptômes de parésie, d'anesthésie, des douleurs diverses, un certain affaiblissement de l'intelligence.

L'iode, ou du moins ses sels, est un excellent médicament dans la syphilis; il agit de la même façon que le mercure; il se combine avec les albuminoïdes et détruit ainsi les tissus qu'ils constituent. Il a des affinités spéciales pour l'albumine des néoplasies gommeuses; de là sa supériorité sur le mercure dans la période tertiaire.

L'auteur prescrit de préférence l'iodure de sodium; il débute par la dose de 0,50, répétée soir et matin et administrée dans une grande quantité d'eau ou de lait. Il augmente chaque jour de 0,30 à 0,50 et arrive ainsi à la dose de 12 grammes par jour. Il ne faut atteindre des doses pareilles que dans le cas où le fonctionnement des reins, de l'estomac et de l'intestin se fait d'une manière convenable. Jamais il n'a prescrit de doses quotidiennes de 50 grammes, comme Wolff l'a fait.

Il est partisan du traitement combiné à l'iodure et au mercure.

Sans reconnaître aux bains d'eau minérale sulfureuse une action spécifique contre la syphilis, comme le font certains médecins, l'auteur ne les considère pas moins comme des agents des plus utiles.

Ils activent l'élimination du mercure ce qui permet d'en reprendre plus rapidement l'administration. Cette action ne leur est pas spéciale; d'autres eaux minérales administrées de la même façon la possèdent.

On leur attribue une valeur pour le diagnostic; ils détermineraient l'apparition de symptômes cutanés qui rendent l'existence de la syphilis évidente; les eaux sulfureuses n'ont cette propriété que lorsqu'on les administre en bains à température très élevée (de 32 à 34° R.).

Leur action la plus importante est celle qu'elles exercent sur les échanges organiques; elles les activent et ainsi 1° déterminent l'élimination du mercure et permettent d'en continuer pendant plus longtemps l'administration; 2° elles débarrassent l'organisme des produits qui s'y forment sous l'influence du traitement, des combinaisons d'albumine et de mercure; 3° elles exagèrent l'élimination du contagion spécifique.

On emploie les eaux minérales sulfureuses naturelles ou artificielles; les eaux naturelles sont surtout actives. Il faut les employer chaudes, à une température de 27 à 32° R. Les bains chauds ont des effets si puissants dans la syphilis que certains auteurs ont pu prétendre qu'ils suffisaient seuls à la guérir.

L'auteur termine son travail en exposant en détail le traitement qu'il applique dans les divers syndrômes et affections du système nerveux qui relèvent de la syphilis: la céphalalgie, le vertige, les paralysies transitoires, l'épilepsie, etc.

Dans le tabes il faut appliquer un traitement mixte; antisypilitique par les iodures et les mercuriaux, antinervin par les cautérisations, la suspension, l'électrisation et d'autres moyens appropriés.

Dans tous les cas de paralysie ou de pseudo-paralysie générale, comme dans le tabes, Kovalevsky prescrit le traitement spécifique, que l'origine syphilitique de l'affection soit démontrée ou non. En même temps il fait prendre au malade des bains sulfureux, le soumet aux cautérisation ponctuées, au traitement électrique et à l'action des agents physiques antinervins.

REVUE DES JOURNAUX.

Quatrième Congrès de médecine mentale, tenu à La Rochelle du 1^{er} au 6 août 1893 (d'après le compte-rendu de H. DENIS).

Des auto-intoxications dans les maladies mentales, par MM. RÉGIS et CHEVALIER-LAVAURE. — Le rapport expose non seulement les auto-intoxications, mais encore les infections, l'intoxication produite par les toxiques (alcool, morphine, etc.); il existe une certaine analogie entre les phénomènes mentaux dus à une auto-intoxication ou une infection et ceux dus aux agents toxiques directement ingérés.

1° *Faits d'ordre chimique et expérimental*. — En dehors de l'analyse chimique qui a révélé dans les liquides de l'organisme (urine, sang, suc gastrique, bile, etc.), chez les aliénés, des modifications de composition variées, l'expérimentation a également découvert chez nombre d'entre eux des altérations de la toxicité physiologique. Pour la plupart des auteurs, la toxicité de l'urine serait notablement diminuée dans les états maniaques, augmentée au contraire dans les états mélancoliques. De plus, l'urine des maniaques et celle des mélancoliques auraient des effets différents sur les animaux injectés. La première produirait surtout de l'excitation, de la convulsibilité; la seconde de la tristesse, de l'inquiétude, de la stupeur : preuve péremptoire que l'auto-intoxication serait la cause et non l'effet de l'état mental.

Comme dans certaines maladies par auto-intoxication, telles que l'éclampsie, il y aurait assez souvent, dans la folie, toxicité inverse de l'urine et du sang; dans la manie notamment, le sang est parfois d'autant plus hypertoxique que l'urine est plus hypotoxique.

2° *Faits d'ordre clinique*. — Ces résultats incomplets, montrent par leur concordance que les phénomènes d'auto-intoxication jouent un rôle important dans les maladies mentales; ils sont confirmés par les récentes recherches sur les folies des *maladies infectieuses aiguës, des maladies viscérales, des maladies diathésiques*.

a) En ce qui concerne les psychoses des *maladies infectieuses* (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, influenza, érysipèle, choléra, fièvre puerpérale, polynévrite, fièvres post-opératoires), l'ensemble

des travaux parus tend à démontrer : 1° au point de vue pathogénique, qu'elles sont le résultat soit de l'action directe des microbes, soit de leur action indirecte et médiate par les toxines qu'ils sécrètent; 2° au point de vue clinique, qu'elles peuvent se présenter à deux moments différents et, par suite, sous deux aspects.

Durant le stade fébrile, elles revêtent ordinairement la forme d'un *délire aigu* tellement analogue aux délires toxiques qu'on ne le distingue pas toujours facilement du délire alcoolique, — auquel viennent se joindre parfois, comme dans les autres délires aigus, des symptômes de méningite (délire aigu, délire fébrile, délire méningitique, confusion aiguë hallucinatoire).

Durant le stade post-fébrile ou la convalescence, on a affaire à la psychose dite asthénique, état mental plus ou moins variable d'aspect, constitué d'habitude par du désarroi intellectuel, de la stupidité, de l'obnubilation, de la pseudo-démence, et reposant sur un fonds absolument typique de *confusion mentale* (*Verwirrtheit*, *démence aiguë*, psychose asthénique, stupeur, confusion mentale primitive simple).

Il faudrait peut-être admettre une troisième forme clinique de psychose infectieuse, intermédiaire aux deux précédentes et caractérisée par les symptômes mentaux et somatiques de la *démence paralytique* (méningo-encéphalite, pseudo-paralysie générale ou paralysie générale infectieuse); et, à ce propos, on peut se demander si la plupart des paralysies générales aujourd'hui connues ne sont pas également, en dehors des conditions de prédisposition toujours nécessaires, la conséquence plus ou moins éloignée d'une maladie infectieuse.

Quoi qu'il en soit, le symptôme caractéristique de la psychose infectieuse, dans toutes ses formes, semble être le désordre intellectuel, la *confusion mentale*, résultat sans doute de l'imprégnation, de l'inhibition temporaire des cellules cérébrales par les agents toxiques. Le plus souvent, la folie ainsi produite serait susceptible de guérison. Les folies des maladies infectieuses auraient ainsi une origine directement ou indirectement toxique et, comme conséquence, un type clinique assez caractéristique pour être déjà facilement reconnaissable dans la pratique.

b) Les *psychoses viscérales* sont, dans une large mesure, la conséquence d'une auto-intoxication. Néanmoins, les recherches expérimentales n'ont pas encore été suffisamment poussées dans cette voie et, en ce qui concerne particulièrement celles qui résultent d'un trouble des organes digestifs; c'est à peine si l'on possède quelques données techniques sur les altérations concomitantes du chimisme gastrique et la toxicité du contenu intestinal. On est plus

avancé en ce qui concerne la folie hépatique et la folie brightique; ces folies sont le résultat d'un empoisonnement autochtone de l'organisme.

Au point de vue clinique, les psychoses viscérales ne présentent peut-être pas, comme les psychoses infectieuses, des caractères nettement particuliers. Cependant, dans les cas où l'intoxication est aiguë, la folie se manifeste habituellement sous la forme d'un délire aigu toxique, semblable au délire alcoolique (c'est le cas pour la folie urémique); lorsque l'intoxication est lente et chronique, c'est d'ordinaire d'un état mélancolique qu'il s'agit; enfin, certains états rappellent parfois la démence paralytique.

c) Les psychoses *diathésiques*, bien que rentrant dans la question des folies par auto-intoxication et par infection, semblent réservées pour une étude spéciale. Cependant, durant les épisodes aigus des diathèses, ces psychoses revêtent le type du délire aigu toxique, pseudo-alcoolique, et dans l'intervalle, elles se manifestent fréquemment sous forme soit de paralysie générale, soit de folie par accès plus ou moins périodiques, et presque toujours à caractère mélancolique. Ces accès de folie paraissent correspondre à des variations de composition de liquides de l'organisme (hypoazoturie, hypophosphaturie, oxalurie, etc.), notamment à des décharges d'acide urique, précurseurs fréquents de la fin de la crise, et aussi à des modifications de la toxicité urinaire qui s'y montre le plus souvent inférieure à la normale.

3° *Faits d'ordre thérapeutique.* — Le traitement anti-infectieux, antiseptique, général ou local — argument puissant en faveur de l'origine toxique des folies, donne souvent d'excellents résultats.

En ce qui concerne, les psychoses des maladies aiguës infectieuses, on a dû le plus souvent se borner à instituer une médication roborante et tonique destinée à combattre l'état d'épuisement et d' inanition, les agents d'infection étant inconnus; mais contre les psychoses viscérales liées aux maladies de l'estomac, du foie, des reins, etc., on a obtenu de très bons résultats de l'emploi des purgatifs, du lavage stomacal et des antiseptiques.

M. Ballet expose les résultats de ses expériences, sur la toxicité et la composition chimique de l'urine des aliénés. Ces expériences ont été pratiquées sur des lapins et faites avec des urines provenant de différents types de vésaniques : mélancoliques, maniaques, malades atteints de confusion mentale, de délire dégénératif, etc.

En prenant comme chiffre de la toxicité des urines normales celui qu'a indiqué M. Bouchard (45 c. c. par kilogr. en moyenne), les urines des mélancoliques se sont constamment montrées plus

toxiques que celles de l'état physiologique. Sur six expériences, six fois le résultat a été le même au degré près (30, 30, 7, 11, 30 et 18 c. c. : il semble donc significatif d'autant plus qu'il est conforme aux résultats obtenus par Chevalier-Lavaure, De Boeck et Slosse, Bruggia, Mairat et Bosc. Mais on trouve certaines anomalies embarrassantes : chez l'une des malades les urines ont continué à se montrer toxiques après la guérison; elles l'étaient même à ce moment plus qu'au cours de la maladie, et à cette époque on était logiquement en droit de supposer que les produits fabriqués au cours de l'état morbide étaient complètement éliminés. D'ailleurs l'hypertoxicité des urines a presque toujours coïncidé avec un état saburral très accusé des voies digestives. Ne faut-il pas voir dans des fermentations intestinales anormales la cause du phénomène?

Chez trois maniaques, les urines ont semblé moins toxiques qu'à l'état normal, mais pour diverses raisons, il y a lieu de faire des réserves sur la signification de ces dernières expériences.

Dans deux cas de confusion mentale, l'une post-puerpérale, l'autre consécutive à des fatigues physiques et morales, les urines ont été nettement (légèrement dans un cas) plus toxiques qu'à l'état physiologique et la toxicité s'est atténuée pendant la convalescence.

Ballet pense toutefois qu'il n'en faut pas exagérer l'importance : l'étude de la toxicité urinaire chez les aliénés a sans doute son utilité, mais ce serait s'aventurer que de fonder sur elle seule des distinctions nosologiques. L'une des urines les plus toxiques (9 c. c. par kilogr. d'animal) a été celle d'un hystérique sans manifestation délirante et sans trouble apparent de la santé autre que l'hystérie.

L'analyse chimique des urines n'a, du reste, pas moins d'intérêt que l'étude de leur toxicité. Cette analyse a été pratiquée sur les urines de dix sujets bien portants et de dix aliénés. Chez les sujets bien portants, on n'a trouvé aucune trace de ptomaines. Quant aux aliénés sur lesquels on a expérimenté, ils doivent être divisés en deux catégories : dans la première figurent un dégénéré avec excitation maniaque, une maniaque simple, une dégénérée avec délire mystique, une femme atteinte de confusion mentale puerpérale; les ptomaines faisaient défaut dans ces quatre cas.

Les urines des six malades de la seconde catégorie (deux maniaques, deux mélancoliques simples, une dégénérée avec délire mélancolique, une jeune fille atteinte de confusion mentale) contenaient toutes des ptomaines. Chez deux seulement (mélancolique simple et confusion mentale), les ptomaines étaient toxiques (expériences faites directement avec ces substances sur la grenouille et le cobaye). Dans ces deux cas, l'expérimentation faite avec l'urine en nature avait décelé une notable hypertoxicité du liquide. Par contre, chez

l'une des malades (dégénérée avec délire mélancolique) dont les urines étaient également hypertoxiques, l'analyse décèle la présence d'une ptomaïne non toxique, ce qui suffirait à établir, s'il en était besoin, que ce n'est pas seulement aux produits alcaloïdiques qu'elle renferme accidentellement que l'urine emprunte sa toxicité.

On ne saurait actuellement conclure de ces faits. Ce sont là des recherches à peine ébauchées. La question des relations des auto-intoxications avec les maladies mentales n'est qu'à son aurore.

D'après J. Séglas, l'influence de l'auto-intoxication dans les maladies mentales n'est encore qu'une synthèse, qui demande l'appui d'observations et d'expériences. De ces faits, les uns auront trait à des phénomènes d'auto-intoxication au cours de maladies mentales préexistantes; les autres se rapporteront à des cas où il semble y avoir un rapport direct de cause à effet, entre l'auto-intoxication et les troubles intellectuels.

Au point de vue étiologique, sans éliminer l'influence de la prédisposition héréditaire, la cause occasionnelle des troubles psychiques a toujours été univoque et peut susciter l'idée d'une auto-intoxication d'origine variable. Cette cause, en effet, a été la puerpéralité, différentes maladies infectieuses (influenza, érysipèle, rougeole, eczémas, fièvre typhoïde, diarrhée cholériforme), des désordres neurasthéniques avec troubles dyspeptiques, constipation, la misère et l'hygiène défectueuse, etc.

Au point de vue clinique, on rencontre dans tous ces cas le même ensemble de symptômes qui ne diffèrent qu'en intensité. La maladie revêt toujours le type clinique (confusion mentale primitive, simple ou hallucinatoire), et allant de la simple torpeur intellectuelle à la stupidité complète. En même temps, on a noté des troubles somatiques parfois accentués du côté des divers appareils, et de l'amaigrissement, des états fébriles, typhoïdes, cachectiques.

Ces remarques s'appliquent aux quatorze malades sur lesquels il a expérimenté. Séglas a déterminé la toxicité urinaire (injection intraveineuse chez le lapin); mais le mode d'expérimentation soulève bien des objections : d'abord la difficulté de fixer exactement le degré de toxicité de l'urine normale, la dose nécessaire pour tuer un kilogramme d'animal; en outre, la quantité de poison rejetée dans un nyctémère est très variable. Il faut tenir compte du volume d'urine émise en vingt-quatre heures et du poids du sujet, l'homme normal mettant en général cinquante-deux heures à éliminer de quoi tuer son propre poids. Aussi ne faut-il pas se borner à fixer le degré de toxicité de l'urine pour 1 kilogr. d'animal, sous peine d'erreur, mais calculer le coefficient urotoxique. Cela est souvent difficile chez l'aliéné, à cause du gâtisme qui empêche de fixer le volume total d'urine en vingt-quatre heures.

D'autre part, l'urine d'un même individu subit d'un jour à l'autre des variations de toxicité dépendant de son genre de vie, de sa nourriture. Il faut noter ces détails dans les expériences et les poursuivre plusieurs jours ou à intervalles rapprochés et suivant les phases de la maladie, afin d'avoir, non plus un chiffre unique pour une maladie qui dure des mois, mais une série de moyennes.

Il est encore une cause d'erreur à laquelle on ne peut remédier, c'est la différence de résistance individuelle des animaux en expérience, fussent-ils de même espèce.

Il importe enfin de fixer toujours les conditions de l'expérience : il est inutile d'élever la température de l'urine au même degré que la température centrale; pourvu que l'écart ne soit pas trop accentué, cela suffit, et de l'eau injectée dans ces conditions, en quantité plus que triple, n'a pas produit un abaissement plus sensible de la température centrale. L'injection ne doit être faite ni trop lentement, ni trop vite, sous peine de fournir des résultats faussés soit en permettant l'élimination au fur et à mesure, soit en augmentant anormalement la toxicité ou en modifiant la pression intravasculaire. Si l'on injecte l'urine dans les proportions de 2 c. c. $\frac{1}{2}$, à 5 c. c. par minute, les résultats sont très sensiblement comparables à ceux d'une injection d'eau faite dans les mêmes conditions. Il faut toujours injecter d'une façon continue jusqu'à la mort immédiate de l'animal. Le procédé de la mort immédiate ne peut servir à une série de recherches, car on ne peut fixer la quantité exacte à injecter : il faudrait alors faire le même jour des injections de quantités différentes en série; encore ce procédé, sans bases fixes, ne peut-il servir que de moyen de contrôle aux expériences de mort immédiate. D'autre part, les symptômes de l'intoxication sont variables et ne reproduisent pas, comme on l'a dit, ceux de la maladie.

Chez un malade, Séglas a trouvé le coefficient urotoxique supérieur à la normale les 5 et 7 juillet (0.489 — 0.645), et tombant le lendemain au-dessous de la normale (0.287) : ce malade avait été purgé dans la journée du 5 et on lui avait appliqué 6 sangsues le lendemain. Dans un autre cas, les urines examinées les 22 juin, 1^{er}, 8 et 15 juillet ont donné constamment un coefficient urotoxique inférieur à la normale (0.432 — 0.407 — 0.303 — 0.226). Régime lacté et œufs au moment de la première expérience; régime commun de l'infirmerie au cours des trois autres. La toxicité du sérum recherchée dans ce cas fut trouvée égale à la moyenne normale.

L'analyse chimique des urines n'a donné rien de particulier pour le premier cas; la recherche des ptomaines a été également infructueuse. Dans le deuxième cas, il y avait une légère diminution de l'urée, des chlorures et de l'acide phosphorique; dans une autre

série d'analyses, moins démonstrative à cause du gâtisme, il y avait diminution plus grande de l'urée avec augmentation des chlorures. Il existait une quantité assez abondante d'urobiline. La recherche des ptomaines a permis d'isoler une première fois, dans 475 c. c. d'urine, un produit toxique déterminant instantanément la mort d'une grenouille; une seconde fois, dans 1,100 c. c., un produit déterminant la mort immédiate d'une grenouille et la mort d'une souris blanche au bout de cinq jours. Ce produit n'a pu être déterminé chimiquement. Il est curieux de remarquer que, chez ces deux malades, atteints d'une façon identique, l'urine est plutôt hypertoxique dans un cas et constamment hypotoxique dans l'autre. Et, tandis que dans le premier cas l'analyse chimique reste négative, dans le second, l'analyse de ces urines hypotoxiques montre des variations de quantité des éléments normaux, la présence de l'urobiline et d'un produit toxique déterminant la mort des animaux en expérience. La toxicité du sérum est normale. Ces recherches devront être continuées suivant les phases de la maladie en cours.

Enfin, il est à remarquer que la thérapeutique somatique qui donne dans tous ces cas les meilleurs résultats consiste à relever la nutrition. Les émissions sanguines, les purgatifs, les sudorifiques et les diurétiques employés jadis semblent utiles, peut-être en favorisant l'élimination de poisons. On n'a également qu'à se louer de l'antisepsie gastro-intestinale.

Si, dans toutes ces observations, la nature des causes occasionnelles, la symptomatologie identique, l'action de certains moyens thérapeutiques semblent plaider en faveur de l'hypothèse d'une auto-intoxication, la démonstration rigoureuse ne peut pas encore être faite à l'aide des procédés chimiques et surtout expérimentaux encore bien incertains et ne donnant que des indications vagues et sans précision. D'ailleurs, les résultats, incomplets ou contradictoires, consignés à ce sujet dans toutes les observations publiées jusqu'ici, ne peuvent servir à trancher la question. C'est une voie nouvelle ouverte aux recherches.

M. J. Voisin a fait une seconde série d'expériences qui semble corroborer jusqu'à présent les conclusions des précédentes, c'est-à-dire l'hypotoxicité urinaire avant et pendant les accès en série, surtout chez les personnes affaiblies mentalement. Ce n'est que lorsque la série est terminée que la toxicité augmente, soit pour dépasser la normale, soit pour lui rester inférieure s'il s'agit d'un malade qui marche vers la démence. Il a fait des expériences sur les urines des épileptiques hémiplegiques et jusqu'à présent il les a toujours trouvées moins toxiques que normalement, ce qui tient à ce que ces malades sont fortement atteints dans leur état mental.

Pour répondre aux objections faites, il ajoute que toutes ses expériences ont été faites sur des femmes et que l'appareil employé débitait environ 10 c. c. par minute (vitesse indiquée par Bouchard).

M. Michau a examiné les urines d'une cinquantaine d'arthritiques, et dans toutes, en même temps qu'une grande quantité d'acide urique, il a constaté des traces d'albumine, bien qu'on ne trouvât dans ces urines ni pus, ni sang, ni rien qui pût en justifier la présence. Cette albuminurie est habituellement constante chez le même malade, et cela pendant un très long espace de temps.

M. Mabilley confirme le dire de Michau; rien n'est plus fréquent que l'albuminurie légère et persistante chez les arthritiques.

Les malades qui présentent cette albuminurie sont envahis par une tristesse extrême et n'ont plus de volonté; ils sont plongés dans une mélancolie qui se manifeste surtout le matin et s'atténue dans la journée, pour reparaitre de nouveau au moment du lever.

Ces mélancoliques ont un retard accentué de leur nutrition, déchargent fréquemment et périodiquement de l'acide urique en quantité considérable, et presque tous présentent une albuminurie peu abondante, mais constante.

Chez un grand nombre, il faut tenir compte d'un élément important (indican) qu'on trouve à l'analyse des urines.

Cet indican est l'indice de troubles digestifs et de fermentations intestinales spéciales, en sorte qu'on peut admettre un lien entre ces troubles de la nutrition, ces troubles de la digestion et les phénomènes mélancoliques dont il a été question plus haut. Car si le rein filtre mal — ce que l'albuminurie semble démontrer — si d'autre part le tube digestif est l'occasion de fermentations anormales, on doit supposer *a priori* que certains produits toxiques doivent être retenus dans l'organisme. Or, l'on sait que si l'acide urique n'est pas toxique, il n'en est pas de même d'une façon générale pour les matières colorantes de l'urine, qui, selon beaucoup d'auteurs, sont douées d'une grande toxicité.

Le traitement de ces accès de mélancolie par les agents antiseptiques prouve qu'il s'agit là d'accidents d'origine toxique.

M. A. Voisin relate quatre observations de malades qui se sont auto-intoxiqués dans les conditions suivantes :

La première est une primipare, prise de délire maniaque trois jours après son accouchement. Ce délire, qui dura cinq mois, était dû à la dépendance d'une albuminurie aiguë.

La deuxième et la troisième malade étaient des mélancoliques hypocondriaques chez lesquelles les troubles psychiques paraissaient en rapport avec l'existence d'une albuminurie brightique.

La quatrième observation concerne une femme de 45 ans, mélancolique.

colique hypocondriaque à idées de suicide, chez laquelle les manifestations délirantes paraissaient devoir être attribuées à des troubles de la nutrition. L'urine de cette malade renfermait en effet de l'indican, considérée comme absolument toxique.

Cette malade guérit par l'emploi des laxatifs et des antiseptiques.

M. Cullerre relate les observations de cinq malades atteints de folie brightique. D'après MM. Régis et Chevalier-Lavaure, la folie brightique se manifesterait tantôt sous la forme d'urémie, tantôt sous la forme de folie brightique proprement dite. Les observations de Cullerre tendent à prouver que la folie brightique peut revêtir une forme quelconque, mais particulièrement la mélancolie, et qu'elle se développe en général sur un terrain préparé par l'hérédité.

M. Legrain communique deux observations dans lesquelles l'auto-intoxication a joué un rôle capital.

Dans la première, il s'agit d'une femme de 40 ans, prise tout d'abord de délire mélancolique et mystique, qui présente au bout de quelques jours de la confusion mentale, du délire hallucinatoire, de la fièvre, etc., et qui finalement tomba en démence. Il est probable que cette malade a fait une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, peut-être colibacillaire.

La seconde observation se rapporte à un malade qui présente un exemple d'auto-intoxication d'origine dyscrasique, ainsi que le démontre une courbe donnant parallèlement pendant trois mois le chiffre quotidien de l'urine et celui de l'urée. Cette courbe prouve que, chez ce malade, il y a eu à la fois polyurie et hypoazoturie (9 gr. d'urée en moyenne). Le délire, dans ce cas, a encore affecté la forme de confusion mentale avec hallucinations.

Les aliénés, selon Colin, chez lesquels il y a lieu de supposer l'existence d'une auto-intoxication sont ceux dont la maladie suit une marche paroxystique. Encore faut-il se rappeler qu'un bon nombre d'héréditaires peuvent présenter de temps à autre des accès de manie et de mélancolie indépendants d'une auto-intoxication.

Pour déceler l'existence d'une auto-intoxication, il faut avoir recours à l'examen chimique des urines; la recherche de la toxicité urinaire ne doit être placée qu'au second plan.

Il n'y a pas à le nier, dit Charpentier, admettre les auto-intoxications comme capables de produire les maladies mentales, c'est faire un retour vers les vieilles théories humorales si longtemps combattues; mais un retour en arrière devient parfois un moyen prudent pour marcher ensuite en avant avec des armes plus solides.

Depuis quelque temps, la pathologie mentale semblait devoir être résumée en quatre termes : localisations cérébrales, hérédité morbide, troubles de l'évolution et dégénérescence mentale; c'est

alors qu'ont surgi les recherches nouvelles sur les organismes inférieurs et leurs sécrétions, recherches qui devaient ressusciter sur un vrai terrain scientifique les conditions des maladies épidémiques, contagieuses et infectieuses, ainsi que les fermentations pathologiques, les humeurs morbides et les métastases en apportant des explications nouvelles en conformité avec les faits anciens et récents. Les diathèses furent remises à l'ordre du jour et il ne reste plus qu'à les mettre au point.

Lorsque les rapports entre les auto-intoxications et les maladies mentales seront complètement élucidés, on verra combien faibles étaient les théories de la dégénérescence mentale.

Il est aussi tout un groupe de malades qui est venu attarder l'étude des altérations humérales dans les maladies mentales : ce sont les hystériques. Enlevez de l'étude de l'hystérie ce qui a trait à l'hypnotisme, à la suggestion et à la simulation, vous restez en présence de sujets qui offrent des troubles de la sensibilité, du mouvement et de l'intelligence, c'est-à-dire des troubles mentaux et qui, de plus, présentent des troubles hémorragiques, circulatoires, vasculaires, fluxionnaires, congestifs à apparitions et cessations brusques, aux allures symptomatiques les plus variées. Actuellement, ces troubles vasculaires sont considérés comme d'ordre nerveux; autrefois, ceux qui les constataient les rapportaient, et avec raison, à l'arthritisme : l'hystérie, en effet, n'est le plus ordinairement qu'une combinaison de troubles arthritiques et de troubles nerveux. Malheureusement, par crainte peut-être de restreindre l'hystérie, on a préféré considérer l'arthritisme comme une variété de dégénérescence héréditaire, l'hystérie comme une variété de dégénérescence nerveuse, et les hystériques sont venus, avec leurs attributs arthritiques, augmenter le groupe chaotique des dégénérés. L'hystérie ne s'est pas contentée de démembrer l'arthritisme; les études poursuivies dans la même direction ont cherché à faire rentrer dans son domaine un grand nombre d'accidents saturnins, alcooliques, syphilitiques, à l'aide des agents provocateurs de l'hystérie. Enfin, en raison des mêmes tendances, l'hystérie s'éloigne de plus en plus des doctrines humérales, c'est-à-dire de ce qui est vrai; elle en est arrivée par la force des choses à s'égarer dans le domaine de la psychologie; elle a passé de l'objectif dans le subjectif, et, sous la plume de P. Janet, elle est devenue un rétrécissement du champ de la conscience. Mais c'est le propre de la folie que d'avoir un tel rétrécissement; une telle définition est plutôt celle de la folie que celle de l'hystérie. Il reste encore à exposer tout un côté de la clinique mentale sur lequel l'étude des auto-intoxications peut projeter un jour tout nouveau : celle des déments par ramollissements cérébraux.

Là encore des progrès réels en anatomie pathologique ont paru avoir tout résolu; il a semblé que l'artère du corps strié avait dit le dernier mot de la question, et qu'après l'indépendance constatée des territoires vasculaires corticaux et centraux, il n'y avait plus rien à ajouter. L'athérome des artérioles, l'artériosclérose cérébrale, l'embolie et la thrombose paraissent avoir tout expliqué; mais derrière ces athéromes, ces artérioscléroses, même localisées à partir de la pénétration des vaisseaux dans le crâne, il y a un état pathologique général de l'organisme, il y a des maladies constitutionnelles, il y a des auto-intoxications. Ces déments par lésions cérébrales sont bien des chroniques, mais antérieurement ils ont été des aigus. Si un embolus se précipite d'emblée et produit des effets terribles, instantanés ou rapides, les préparatifs de son organisation ont consisté en troubles pathologiques antérieurs, variés, répétés, souvent à apparitions et disparitions rapides: ce sont ces troubles qui, par leur succession, représentent les diathèses, ces diathèses que dès maintenant on serait en droit de considérer comme une série de succession d'auto-intoxications, comme des toxicités à répétition.

En résumé, c'est en pénétrant dans l'étude des diathèses que l'on arrivera à mieux apprécier la démence par ramollissement cérébral, par sclérose interstitielle, par méningite; c'est par l'étude des auto-intoxications que l'on comprendra mieux les diathèses qui ne sont peut-être que des successions d'auto-intoxications, que l'on arrivera à mieux comprendre les états morbides désignés improprement sous le nom de démence aiguë ou leurs équivalents; c'est par ces études que l'on interprétera mieux les troubles vasculaires des hystériques et de certains épileptiques, que l'on songera moins à les hypnotiser et que l'on diminuera la suggestibilité et la crédulité d'un grand nombre d'individus.

Pathogénie des folies sympathiques, par DENV. — D. attire l'attention sur quelques faits qui paraissent de nature à modifier complètement ses idées sur la pathogénie des folies viscérales ou sympathiques. Il fait allusion aux expériences de Brown-Séquard, qui visent la pathogénie de l'urémie.

Il existe dans la science un certain nombre de cas d'urémie totale ayant persisté dix, douze et même dix-sept jours, sans que la santé générale des malades ait subi la moindre altération, et cela en l'absence de toute élimination supplémentaire des poisons urinaires par la sueur, les vomissements, etc. Pour expliquer ces faits, en contradiction formelle avec la théorie régnante de l'urémie, Brown-Séquard a réalisé l'expérience suivante: après avoir enlevé à un animal les deux reins, il lui pratiqua une ou plusieurs injections de suc rénal

et constata que, dans ces conditions, la mort de l'animal était notablement retardée. Il en conclut que ce n'est pas à la rétention dans le sang des poisons urinaires qu'est due l'urémie, mais au contraire à la soustraction de certains principes sécrétés par le rein et repris ensuite par l'organisme.

En d'autres termes, Brown-Séquard admet que le rein est une glande dont la sécrétion est à la fois interne et externe, et que c'est à la suppression non pas de sa sécrétion externe (l'urine) mais bien de sa sécrétion interne, que sont dus les accidents dits urémiques.

Cette manière de voir se trouve confirmée par certains faits cliniques et expérimentaux concernant d'autres glandes à sécrétion purement interne (glande thyroïde, capsules surrénales, etc.).

Il est établi que l'idiotie myxœdémateuse coïncide toujours avec un arrêt de développement du corps thyroïde, que les malades auxquels on enlève cette glande en totalité sont frappés au bout d'un certain temps d'idiotie, etc. On a constaté également la production d'un certain nombre d'accidents nerveux à la suite de la destruction ou de la dégénérescence des capsules surrénales, de la glande pituitaire, des ovaires, etc. A vrai dire, le mécanisme de ces accidents n'est pas encore parfaitement élucidé, on est toutefois autorisé à penser que ces glandes jouent vis-à-vis de l'organisme un rôle de protection soit en versant dans le sang des principes susceptibles de maintenir en équilibre la composition du liquide nourricier, soit en neutralisant des poisons formés ailleurs.

Si cette conception est vraie non seulement pour les glandes à sécrétion purement interne mais aussi pour les glandes à sécrétion externe (rein, foie, pancréas, testicule, etc.), ce n'est plus seulement la pathogénie de la folie urémique ou de la folie brightique qui se trouve bouleversée, mais celle de toutes les folies viscérales en général. Ce serait, en un mot, à un trouble de la sécrétion, fonctionnel ou organique, temporaire ou permanent, des différentes glandes de l'organisme que ces folies devraient être rattachées.

Cette théorie n'a rien d'inconciliable avec celle de l'hérédité ou de la prédisposition ; au contraire, ces théories se complètent l'une l'autre et se prêtent un mutuel appui.

Des faux témoignages des aliénés devant la justice, par CULLERRE.

— Le faux témoignage des aliénés devant la justice se présente sous des aspects assez divers. Pour les envisager tous, il est nécessaire de prendre le mot témoignage non seulement dans le sens de déposition d'un témoin, mais encore dans celui d'attestation, de déclaration affirmative, de dénonciation, c'est-à-dire dans son acception la plus étendue.

Les témoins judiciaires sont fortuits, désignés en quelque sorte par le hasard. Il peut donc se faire qu'un aliéné soit appelé en qualité de témoin devant la justice. Tel est le premier cas qui se présente à l'étude.

L'aliéné est-il apte à déposer en justice? Poser une pareille question, c'est la résoudre. La folie confirmée doit être mise au nombre des causes qui constituent l'incapacité de témoigner.

De nombreux aliénés conservent cependant une perception exacte du monde extérieur. Il n'est pas un médecin d'asile qui, en certaines circonstances, ne s'adresse au témoignage de quelques-uns de ses malades pour arriver à établir les responsabilités, à propos de quelque incident de service; mais il connaît à fond l'état mental de ceux qu'il interroge, il est à même de savoir dans quelle mesure il peut ajouter foi à leur témoignage; s'ils mêlent quelque illusion au récit des faits, il peut s'en rendre compte. C'est ce que ne pourra jamais faire un magistrat, encore moins un tribunal. Si donc on a recours au témoignage d'un aliéné, ce ne peut être qu'à titre de renseignement et à la condition de ne l'interroger que sur des faits simples. La loi devrait le traiter en mineur et ne point lui déférer le serment.

Un cas beaucoup plus fréquent et d'un intérêt tout autre, c'est l'aveu d'un crime imaginaire fait par certains aliénés dans certaines circonstances. Lorsque l'affection mentale est bien caractérisée, il est en général facile de rattacher ces auto-accusations à leur véritable origine. Mais il arrive souvent qu'elles se produisent dans la période d'incubation de la folie, et l'on comprend aisément que, dans ces conditions, une erreur judiciaire ne soit pas impossible.

Les aliénés qui s'accusent le plus fréquemment sont les mélancoliques. Leurs faux aveux sont la résultante logique de leurs conceptions délirantes, qui tendent à s'objectiver sous cette forme. La plupart de ces auto-accusateurs mélancoliques sont des alcooliques. Ils sont conduits à s'attribuer des culpabilités imaginaires par l'affaiblissement du pouvoir de contrôle de la conscience sur le cours des idées. En proie à l'angoisse et à la terreur, ils prennent une hallucination, un souvenir, un rêve pour la réalité et s'accusent d'un crime imaginaire. La rapidité avec laquelle, sous l'influence de l'abstinence, la conscience le resaisit, enlève en général toute importance médico-légale à ces faux aveux.

Les faux aveux des hystériques sont puisés à une source analogue, l'hallucination et le rêve, mais ils sont bien plus importants en ce que la conviction dont ils sont l'expression persiste indéfiniment chez le malade, aucun retour de la conscience ne venant la modifier.

Enfin, l'aveu d'une culpabilité imaginaire se rencontre dans le

cours de certains paroxysmes psychiques relevant de la dégénérescence mentale acquise ou héréditaire. Certains congestifs, certains raisonnants et quelques dégénérés atteints de folie morale s'accusent de crimes qu'ils n'ont pas commis par orgueil, par exaltation de leur personnalité cédant au besoin de se poser en héros de scélératesse, ou encore par simple perversité. Leur faux témoignage peut embarrasser la justice, mais il ne résiste pas à un examen scientifique bien dirigé.

Il résulte de ces faits que l'aveu spontané d'un crime n'a rien de décisif, et que, quand la preuve ne peut être faite, il y a lieu de soupçonner la folie chez l'auteur de l'aveu et le soumettre à une expertise médicale.

Si l'aliéné s'accuse parfois, il est infiniment plus fréquent de le voir accuser les autres. Mais ces accusations erronées n'ont de réelle importance médico-légale que lorsqu'elles sortent de la bouche des psychopathes qui, par la correction apparente de leur état mental, en imposent aux personnes chargées de recevoir leur témoignage.

Ces psychopathes pseudo-lucides appartiennent tous à la folie héréditaire : ce sont les circulaires, les persécutés raisonnants ou persécuteurs et les hystériques. Ils présentent tous au point de vue nosologique ce caractère commun : la faiblesse ou la perversion du sens moral. Ils dénoncent faussement par haine, par vengeance, par besoin de mal faire ; c'est souvent une idée fixe qui dirige toutes leurs démarches, toutes leurs actions, leur vie entière. Il y a lieu de remarquer, toutefois, que ce n'est pas toujours dans leur perversité native que certains hystériques puisent les éléments de leurs faux témoignages. Ceux-ci peuvent être la conséquence d'une idée délirante tirée d'un rêve ou d'une hallucination. Ce mécanisme psychologique est le seul, en effet, qui donne une explication suffisante d'une foule d'aventures extraordinaires dans lesquelles les hystériques se plaignent d'avoir joué le rôle de victimes. Ces aventures, elles ne les ont pas inventées avec l'intention manifeste de tromper, elles les ont simplement rêvées, mais le rêve a laissé des traces tellement profondes dans leur esprit qu'elles y croient comme à la réalité. Cette notion jette une vive lumière sur un certain nombre d'accusations étranges et monstrueuses lancées de bonne foi par des hystériques contre des malheureux qui, n'ayant pu démontrer leur innocence, ont reçu une flétrissure et un châtiment immérités. Mieux connue des médecins et mieux appréciée des magistrats, elle pourra éviter à l'avenir de douloureuses erreurs judiciaires.

Charpentier dit que les règles qui nous servent à apprécier les affirmations des aliénés doivent nous servir de guide pour estimer à leur juste valeur leurs dépositions devant la justice.

Quand le fait qu'ils affirment est complètement étranger à leurs conceptions délirantes, on a l'habitude d'y ajouter une certaine créance. Il doit en être de même, en principe, pour les affirmations que peuvent faire les aliénés dans leurs intervalles lucides.

En dehors de ces deux circonstances, il n'est pas douteux que toute déposition faite par un aliéné ou un individu ayant été aliéné ne doit être acceptée que sous bénéfice d'inventaire, c'est-à-dire après expertise médico-légale.

Doutrebente croit qu'en principe et d'une façon générale on ne doit, au point de vue juridique, ajouter foi au témoignage d'aucun aliéné.

J. Voisin fait remarquer qu'il arrive souvent aux épileptiques d'être appelés à déposer en justice. Or, à la suite de leurs accès, ces malades présentent un état d'obtusion intellectuelle qui peut durer plusieurs jours et même plusieurs semaines, et enlève toute valeur à leur déposition. Cette notion aurait besoin d'être vulgarisée, car il est admis en justice qu'un épileptique redevient responsable, *compos sui*, trois jours après ses attaques. Ce délai est trop court; aucune règle fixe ne saurait être posée à cet égard; chaque épileptique réagit à sa manière, mais toujours de la même façon après ses attaques.

Briand déclare qu'il est intéressant de rappeler ici les dénonciations des aliénés atteints de « folie à deux : » ces dénonciations semblent d'autant plus véridiques qu'elles se corroborent. Il a failli être victime d'une dénonciation de ce genre de la part d'une ancienne malade de son service qui, d'accord avec son mari, l'avait poursuivi pour séquestration arbitraire.

Des Sociétés de patronage des aliénés, par GIRAUD et LADAME. — En examinant l'organisation des Sociétés actuelles de patronage pour les aliénés qui sortent des asiles, on reconnaît deux types qu'on pourrait appeler, l'un type Falret ou de Paris, l'autre type David Richard, très développé en Allemagne et en Suisse.

Dans le premier système, la Société est tout à fait indépendante de l'administration de l'asile; elle a ses locaux à elle, exerce une hospitalisation intermédiaire entre la séquestration à l'asile et le retour à la vie libre, se préoccupe du placement des convalescents, les tient en quelque sorte sous sa tutelle directe.

Dans le second système, la Société est intimement liée à l'administration de l'asile qui continue, en quelque sorte, une assistance au dehors et à distance. Ce sont alors les secours à domicile qui prédominent, et comme les convalescents sont rentrés dans leur pays, la Société a besoin d'intermédiaires pour exercer son assistance

et son contrôle. Ces intermédiaires sont les *hommes de confiance* (*Vertrauensmänner*, en Allemagne; *correspondants*, en Suisse). L'union qui existe entre l'asile et la Société de patronage se préoccupe non seulement d'assister le convalescent en voie de guérison, mais encore de provoquer le prompt traitement des aliénés à l'asile, parce que l'admission précoce des malades dans les établissements spéciaux est le meilleur moyen d'obtenir la guérison.

Ces deux systèmes répondent chacun à des besoins différents, et l'on pourrait appeler l'un système des très grandes villes, l'autre système des campagnes. C'est au premier système qu'appartiennent la Société fondée par Falret, celle qu'organise la commission de surveillance des asiles de la Seine, l'*after care Association* en Angleterre, et même, jusqu'à un certain point, la Société fondée à Milan. C'est au second système qu'appartiennent toutes les Sociétés fondées en dehors des grands centres.

A la question des Sociétés de patronage on a parfois voulu rattacher celle des colonies agricoles, et même celle des colonies familiales, analogues à celles de Gheel et Liérneux, en Belgique, et à celle de Dun-sur-Auron organisée récemment dans le département du Cher pour des aliénés de Paris. Ces questions sont indépendantes l'une de l'autre et leur confusion ne peut présenter que des inconvénients, et augmenter les causes d'insuccès. Baume n'a pas réussi à fonder une Société de patronage à Quimper, parce qu'il a voulu avoir, en même temps, une colonie agricole, et une industrie pour fournir des ressources. L'entreprise comportait trop d'aléa et elle a échoué.

Toute œuvre d'assistance, par cela même qu'elle apporte des secours aux malheureux, a besoin de ressources. Toute Société de patronage doit avoir une caisse de secours, et l'alimentation de cette caisse préoccupe ceux qui ont en vue l'organisation de l'œuvre. En Italie, quelques Sociétés ont été fondées à l'aide de dons ou legs, mais les donateurs généreux ne se trouvent pas partout.

L'appel à la charité privée comporte toujours lui aussi un aléa, et il faut parfois un certain temps pour qu'un mouvement se fasse dans l'opinion publique en faveur d'une œuvre utile.

Les œuvres de patronage doivent donc être subventionnées par les pouvoirs publics, car si la Société assiste les aliénés de l'asile, elle ne doit pas laisser son assistance incomplète. Une dernière ressource enfin doit se trouver dans le produit du travail des aliénés. Le règlement des asiles, en France, porte que le produit du travail des aliénés appartient à leur décès à l'asile. Ce travail n'est déjà attribué que pour partie, et il n'y a pas lieu de faire un nouveau bénéfice au décès du malade. Or, à Bailleul on a adopté la mesure de verser à la caisse de la Société de patronage le pécule des aliénés

décédés, et d'autres établissements sont disposés à entrer dans la même voie. Cette idée de l'utilisation du travail des aliénés s'était déjà fait jour antérieurement. Ce travail jouait un grand rôle dans l'organisation projetée par Baume, mais l'exemple le plus remarquable de ce qui a été obtenu dans ce sens vient d'Italie. Le D^r Lolli, se fondant sur ce que les frais d'entretien étaient assurés par le prix de journée, a fait attribuer à l'œuvre du patronage la valeur du travail des aliénés, et c'est avec cette ressource que la Société de patronage d'Imola a réuni un capital suffisant pour assurer son existence légale en Italie.

Les Sociétés de patronage, ayant à donner des secours en nature, ont besoin du vestiaire. Ce vestiaire peut être en grande partie alimenté par des prélèvements sur les objets d'habillements dont les asiles héritent au décès des aliénés. C'est ce qui se pratique à Bailleul.

Quel que soit le système adopté, il y a grand intérêt à ce que la direction de la Société de patronage soit en relation étroite avec le personnel médical et administratif de l'asile. Nul ne peut s'intéresser au malade plus que le médecin qui a donné des soins et qui a provoqué la sortie. Il ne faut pas que le convalescent ait, en rentrant dans la Société, à faire des démarches multiples pour obtenir l'assistance nécessaire.

Si le convalescent a besoin, pendant un certain temps, de secours, la connaissance des antécédents peut servir à apprécier l'importance et la durée de ce secours.

Les trois propositions suivantes ont été adoptées :

1° Tout asile devrait être sinon pourvu spécialement d'une Société de patronage, au moins affilié à une Société de ce genre, pour que l'assistance, si elle est encore nécessaire, ne s'arrêtât pas au seuil de l'asile;

2° Dans l'état actuel de la législation, aussi bien en France que dans les autres pays, l'organisation d'une Société de patronage pour les aliénés sortant de l'asile est toujours possible;

3° L'organisation de la Société de patronage doit varier suivant qu'on se trouve dans une grande ville, ou en dehors d'une grande agglomération de population.

Dans le premier cas, on doit se préoccuper avant tout de procurer un refuge temporaire aux convalescents nécessiteux sortant de l'asile pour les mettre à l'abri de la misère en attendant qu'ils aient trouvé une occupation.

Dans le second cas, on doit surtout répondre aux nécessités de l'assistance par les secours à domicile. Il faut, tout d'abord, constituer une caisse de secours distincte de celle de l'asile, avec son

capital de réserve, et s'attacher des correspondants, sur tous les points où l'assistance doit s'exercer. Le produit du travail des aliénés est appelé à jouer un rôle pour l'alimentation de la caisse de secours.

Le patronage des aliénés étant lié à l'assistance donnée à l'asile, le personnel médical et administratif des asiles doit former partie intégrante des agents actifs de l'œuvre, et le siège de la Société doit être, sinon à l'asile, au moins à proximité de l'asile.

Astasie-abasie chez un hystérique dégénéré, par LAGRANGE. — Un jeune homme de 21 ans, journaliste, a eu plusieurs poursuites judiciaires pour vols, escroqueries, abus de confiance, faux, etc.

Quand L. vit ce jeune homme pour la première fois dans la prison où il était interné, il constatait l'astasie-abasie, de nombreux stigmates d'hystérie et de dégénérescence (hémianesthésie gauche, rétrécissement du champ visuel, asymétrie crânienne, etc.) Au point de vue mental ce jeune homme était un type de déséquilibré. A une intelligence à peu près normale correspondait une perversion complète des sentiments affectifs et moraux. Son langage et ses écrits étaient emphatiques et empreints d'un mysticisme ridicule.

Tenant compte d'une part des antécédents héréditaires de ce sujet (son père était mort lypémanique), d'autre part des troubles moteurs, sensitifs et intellectuels qu'il présentait, ainsi que de ses antécédents personnels, les experts commis pour l'examiner conclurent à sa responsabilité limitée. Ces conclusions furent admises par le tribunal, qui rendit une ordonnance de non-lieu et colloqua ce malade.

Des obsessions et impulsions à forme continue, par ROUBINOVITCH. — Deux malades atteints d'obsessions et d'impulsions à allures spéciales, qui au lieu d'affecter le type paroxystique comme cela s'observe habituellement, présentaient la forme continue.

La première malade était une femme de vingt-cinq ans, arithmomane, qui éprouvait constamment le besoin de compter, et cela toujours avec la même intensité. La seconde était atteinte d'obsessions superstitieuses (craquement d'un meuble, objet renversé, vue d'un animal, etc.) qui avaient envahi complètement sa vie psychique et ne lui laissaient ni trêve ni repos.

Comme toutes les obsessions en général, celles de ces deux malades s'accompagnaient d'un sentiment d'angoisse quand quelque chose s'opposait à leur réalisation et au contraire d'un véritable soulagement quand elle pouvaient être satisfaites.

Si R. détache ces obsessions de celles de la folie du doute, c'est à cause de leurs allures un peu spéciales, mais nullement avec l'intention de créer une nouvelle entité nosologique.

De l'action des couronnes aimantées dans le traitement des maladies mentales et nerveuses, par LUYB. — L. relate les observations de trois malades qui ont guéri par l'application de couronnes aimantées. 1° Une femme atteinte de dépression mélancolique avec hallucinations terrifiantes et idées de suicide. Il a suffi de six applications d'une demi-heure chacune pour modifier l'état de cette femme; elle put quitter l'hôpital et reprendre ses occupations.

2° Un homme de 40 ans, à la suite de l'influenza, était devenu neurasthénique et avait des idées de suicide. Il guérit au bout de trois semaines de traitement par les couronnes aimantées.

3° Une femme de 35 ans, atteinte du délire du toucher et s'améliora sous le même traitement.

Il résulte de ces faits que les couronnes aimantées sont susceptibles d'avoir une influence heureuse, tant dans le domaine des troubles neuropathiques simples que dans celui des véritables psychopathies. Les effluves qu'elles dégagent de leurs pôles entrent en conflit avec les forces vives du cerveau sous-jacent. Elles modifient, d'une certaine façon, son état dynamique; elles attirent les effluves cérébraux de noms contraires et répulsent ceux de même nom.

La preuve qu'elles ont une action directe, c'est qu'elles sont susceptibles d'emmagasiner les forces neuriques et psychiques pendant un temps indéterminé, puisque, sur une couronne aimantée tenue à l'abri de contacts multiples, L. a constaté que les mêmes effluves étaient encore actifs au bout de dix-huit mois. Les sujets hypnotiques servent de moyen de contrôle et d'agents de réception comme des réactifs vivants pour mettre en évidence la persistance des radiations magnétiques. Ils ne sont donc pas nécessaires pour appliquer directement la couronne.

Néanmoins, le contact d'un sujet hypnotisé avec le malade lui a paru donner une activité plus intense à l'action magnétique de chaque couronne.

De la pathogénie du délire alcoolique, par KLIPPEL. — Dans toutes les formes de délire alcoolique (delirium tremens, délire subaigu ou chronique, démence, etc.), on trouve invariablement des lésions cérébrales dégénératives, toujours les mêmes, qui constituent, pour ainsi dire, un fond sur lequel vont se développer d'autres lésions qui, elles, sont en rapport avec la forme du délire.

Les lésions constantes dérivent seules de l'action de l'alcool lui-même; les autres sont surajoutées et variables suivant les cas. Les premières semblent créer rapidement chez le malade un état de réceptivité morbide que tel autre ne pourra acquérir que par une longue hérédité, mais elles sont impuissantes à entraîner par elles-mêmes l'aliénation mentale.

Dans le delirium tremens, les lésions greffées sur les précédentes sont l'hyperémie ou l'inflammation des méninges et relèvent d'une infection aiguë secondaire. L'auto-intoxication d'origine hépatique apparaît dans cette forme, le foie étant profondément lésé.

Le délire sous forme de rêve prolongé, d'hallucinations et d'illusions, éclate sous l'influence du moindre trouble digestif, d'une auto-intoxication, d'une poussée aiguë de gastrite alcoolique, etc. La congestion partielle de l'encéphale semble être la lésion surajoutée qui commande ces formes. Le foie est toujours altéré.

La paralysie générale des alcooliques vient ajouter ses lésions inflammatoires et typiques aux dégénérescences causées par l'alcool lui-même (paralysie générale associée). Elle semble être le résultat d'une infection secondaire qui, à l'encontre du delirium tremens, est chronique.

La démence des alcooliques relève d'une profonde dégénérescence des cellules et des fibres corticales, qui s'ajoutent aux lésions primitives.

Persécutés auto-accusateurs et persécutés possédés, par J. SÉGLAS et BROUARDEL. — Une femme présentait l'évolution et les symptômes habituels du délire des persécutions; le fait le plus intéressant à relever, c'est qu'en même temps cette malade s'accusait elle-même au lieu d'accuser les autres; « les tourments, la condamnation qu'elle subissait n'étaient que l'expiation de ses fautes passées. « Chez cette malade, les hallucinations se présentaient sous le même aspect divergent; « elle était un être nuisible; elle pouvait donner le choléra aux autres. »

Les autres observations concernent des persécutés possédés : dans un cas, l'on assiste d'abord à l'évolution d'un délire des persécutions n'offrant guère de phénomènes particuliers, sauf déjà quelques troubles psychomoteurs (impulsions et phénomènes d'arrêt). Puis, dans une deuxième période, ces symptômes se développent; il apparaît des hallucinations verbales motrices très accentuées et un dédoublement de la personnalité des plus nets. Ce sont ces troubles qui maintenant dirigent absolument la scène pathologique; la malade les interprète par des idées de possession, et dans l'explication qu'elle en donne, on retrouve les croyances à l'envoûtement : « On dirait, dit-elle, une obsession qui devient une possession. »

Ces symptômes particuliers peuvent, toutefois, apparaître dès le début de la maladie, ainsi que le prouve une autre observation, et parfois ils aboutissent à un délire des négations systématisé.

Il résulte de ces faits que certains aliénés persécutés et nullement

mélancoliques peuvent cependant être auto-accusateurs et présenter des idées de persécution analogues à celles des mélancoliques.

Si, d'autre part, parmi les persécutés, il en est dont la maladie ne représente qu'un vice de développement intellectuel, qu'une évolution anormale de la personnalité toujours dans le même sens, il en est d'autres chez lesquels la maladie se traduit par une dissociation rapide, parfois d'emblée et toujours très accentuée de la personnalité.

Cette dissociation de la personnalité se trouve en rapport avec un certain nombre de symptômes qui prennent alors un grand développement et dirigent même la scène délirante : ce sont, d'une façon générale, les troubles psycho-moteurs (hallucinations motrices, impulsions, aboulie, phénomènes d'arrêt). Aussi, en les envisageant à ce point de vue, par opposition aux persécutés hallucinés sensoriels et aux persécutés raisonnables, M. Séglas a-t-il proposé de ranger ces cas sous le nom de *variété psycho-motrice* du délire des persécutions. Les idées de persécution se modifiant d'une façon connexe, c'est plutôt par des idées de possession que le malade interprète alors les troubles psychopathiques qu'il accuse. On peut même rencontrer des cas où il en arrive à formuler un délire de négation systématisé. Ces malades, étudiés autrefois sous la dénomination très vague de délirants mystiques ou de possédés, se distinguent des mélancoliques possédés ou négateurs et rentrent dans le cadre des délirants systématiques primitifs, dont ils ne constituent qu'une variété. Néanmoins, il semble qu'il y aurait intérêt à leur faire une petite place dans ce grand groupe, la division la plus usitée en France en délirants chroniques et en délirants dégénérés étant trop sommaire. Parmi les persécutés dégénérés surtout se rangent de nombreux cas très disparates pour lesquels il serait certainement utile à tous points de vue d'établir un classement.

Des persécutés migrants, par MARIE. — Un homme, âgé de 45 ans, dégénéré, réticent mais raisonnant et sans hallucinations avouées, a d'abord été pendant plusieurs années un inquiet, fuyant des persécutions mal définies, mais semblant rouler surtout sur la crainte de se voir dépouiller d'un héritage qu'il a d'ailleurs capté à un oncle, lequel paraît avoir eu un état mental analogue au sien.

Pour échapper à ses ennemis, il est allé en Amérique, qu'il a parcourue en divers sens. A sa rentrée en France, le notaire auquel il avait confié ses fonds venait de faire faillite ; ses craintes semblant ainsi se réaliser, son trouble mental entra dans une phase nouvelle : ce n'est plus un persécuté craintif qui fuit, c'est un persécuteur qui se dresse en vengeur, avec mission de punir le notaire failli, complice de ses ennemis.

Entre temps ce notaire était mort, mais le persécuté-persécuteur repoussa cette idée et entreprit à travers la France une série de pérégrinations qui durèrent plusieurs années.

Arrêté souvent comme vagabond, il put justifier de moyens d'existence réels et fut aussi remis en liberté, mais de temps à autre il se retourna contre la veuve et l'orphelin de sa victime insaisissable; il les harcela, les surprenant à l'improviste dix et vingt fois de suite pour leur réclamer son argent et le secret du lieu où se cachait son voleur; sur leurs dénégations, il les menaça de mort et leur inspira une terreur telle que le fils s'enfuit à son tour en Amérique.

Arrêté et emprisonné, il simula une incohérence grotesque qui réussit néanmoins à provoquer un examen médical. A l'asile la simulation fut déjouée, mais l'état mental sous-jacent fut décelé et le malade maintenu séquestré comme persécuteur migrateur.

On remarquera l'évolution chronique et en quelque sorte progressive de la psychose avec une sorte d'exagération finale de la personnalité. D'autre part, la simulation ne laisse pas que d'offrir quelque intérêt de la part d'un tel aliéné, comme aussi en raison des circonstances particulières où elle s'est produite.

De l'idiotie hydrocéphalique, par BOURNEVILLE. — B. présente un certain nombre de crânes et des photographies représentant des cerveaux d'idiots hydrocéphaliques.

L'examen comparé de ces crânes et de ces photographies permet de distinguer jusqu'à présent trois variétés d'idiotie hydrocéphalique : dans une première variété le cerveau n'offre pas de malformations très importantes; dans la seconde, au contraire, il existe diverses anomalies du crâne et de l'encéphale (scaphocéphalie, absence des hémisphères cérébelleux, etc.); dans la troisième, l'hydrocéphalie est symptomatique d'une méningo-encéphalite, de tumeurs cérébrales ou cérébelleuses.

Dans ces derniers temps, on a préconisé de nouveau contre l'hydrocéphalie les ponctions capillaires simples ou précédées de la trépanation avec application d'un drain. Récemment Quincke a préconisé la ponction lombaire. Dans la plupart des cas où ce traitement a été suivi, les malades sont morts. L'hydrocéphalie cependant n'a pas toujours une issue fatale. Plusieurs malades vivent jusqu'à cinquante ans. L'hydrocéphalie idiopathique peut en effet rétrocéder et guérir spontanément. On peut y aider en comprimant la tête à l'aide de bandelettes de sparadrap de Vigo. Quant à l'hydrocéphalie symptomatique, en particulier, des tumeurs de cervelet, elle a nécessairement une issue fatale.

De l'élimination de l'acide phosphorique chez les idiots, par MABILLE. — D'une façon générale, et tout compte fait de leur taille généralement peu élevée, la quantité des urines émise par les idiots dans les vingt-quatre heures est un peu inférieure à la normale. Les urines, chez tous ses malades, étaient acides et leur densité variait entre 1,018 et 1,022. La quantité d'urée a toujours été faible, variant entre 7 et 11 grammes par jour. Il en a été de même de la quantité d'acide urique (0 gr. 08 à 0 gr. 10 centigr.). Le chlore, en revanche, a atteint souvent 8 à 10 grammes, mais c'est surtout la faible quantité d'acide phosphorique éliminé par les idiots qui a frappé l'attention de l'auteur. Les malades observés éliminaient 0 gr. 25 à 0 gr. 50 centigr. d'acide phosphorique par jour. La proportion de l'acide phosphorique uni aux terres était de 1 pour 4.

Ces quelques faits confirment ceux de Mairat et semblent démontrer l'influence de l'activité cérébrale sur les échanges d'acide phosphorique et d'azote.

J. M.

De l'origine et du trajet central du nerf acoustique, par KIRILZEN (*Neur. Centralbl.*, 1892).

Les auteurs ne sont pas d'accord sur les origines et le trajet central du nerf acoustique. K. a repris l'étude de cette question et chez le cochon d'Inde est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les fibres du nerf acoustique, tout au moins de sa racine postérieure, ne se terminent ni dans le noyau acoustique interne, ni dans le noyau de Deiters.

2° Le noyau antérieur et le tubercule acoustique sont des centres primaires pour la racine postérieure.

3° L'olive supérieure est un centre du même ordre pour l'ensemble du nerf acoustique.

4° Les fibres du nerf acoustique qui se terminent dans l'olive supérieure, sortent du tronc du nerf pour se jeter dans le corps trapézoïde; ce sont des fibres radiculaires, en d'autres termes ce sont des fibres qui ne sont pas interrompues dans leur trajet par des cellules ganglionnaires. L'auteur n'est pas en état d'établir si ces fibres appartiennent à la racine antérieure ou à la racine postérieure du nerf acoustique.

5° Les stries acoustiques sortent du tubercule acoustique, entourent le corps restiforme, se dirigent en avant et passent obliquement par le raphé pour se rendre à l'olive du côté opposé et vraisemblablement s'y terminer en partie; le plus grand nombre des fibres qui constituent les stries acoustiques vont se joindre au ruban de Reil inférieur (*untere Schleife*) et se rendent au segment postérieur

du corps quadrijumeau postérieur; il est impossible de les suivre plus loin. Une autre portion peu importante se rend à l'olive supérieure homolatérale et au corps quadrijumeau postérieur homolatéral.

J. D. B.

De l'importance fonctionnelle de l'écorce cérébrale, par EDINGER
(*Neur. Centralbl.*, 1893).

E. a étudié le système nerveux du chien célèbre, auquel Goltz avait enlevé les hémisphères cérébraux.

Cet animal ne présentait aucune trace de paralysie, ni sensible, ni motrice, et mangeait seul; il lui restait certaines sensations de sensibilité générale et il n'avait pas complètement perdu la propriété de voir et d'entendre; cependant il n'a jamais été possible de démontrer qu'il appréciait à leur juste valeur les impressions sensibles, qu'il acquérait des notions nouvelles; il ne donnait pas de signe de joie lorsqu'il lui arrivait quelque événement heureux et ne reconnaissait personne de son entourage.

E. constata à l'examen anatomique que le cerveau antérieur et l'écorce cérébrale avaient été enlevés dans leur presque entièreté. Il n'en reste que quelques débris : une portion de 3 millim. de largeur et de 1 millim. de longueur à la partie antérieure de la face inférieure; un morceau de la corne d'Ammon dans le voisinage de la couche optique; des débris à droite et à gauche de la couche optique. Par contre à gauche l'extirpation a porté trop loin, le corps genouillé latéral est entamé, ce qui détermine l'atrophie du nerf optique de ce côté.

Des faisceaux nerveux, nombreux et volumineux, frappés de dégénérescence secondaire remplissent le cerveau intermédiaire. Leur nombre est beaucoup moins grand dans le cerveau moyen; il diminue progressivement; à la moelle épinière la dégénérescence ne porte que sur les seuls faisceaux pyramidaux.

Il résulte de ces constatations anatomiques que les divers segments du système nerveux représentent des centres presque indépendants, que leurs moyens d'union sont en somme des plus limités.

Ces segments indépendants au point de vue anatomique le sont jusqu'à un certain degré au point de vue physiologique; c'est ce que démontrent les observations faites sur le chien de Goltz.

Personne n'avait pu soupçonner qu'un mammifère put vivre comme cet animal sans hémisphères et conserver néanmoins les qualités qu'il possédait encore, exécuter les actes qu'il accomplissait. En s'appuyant sur l'anatomie comparée, E. jette quelque lumière sur ces faits et sur le fonctionnement nerveux chez cet animal.

Dans la série animale c'est chez les reptiles que l'écorce cérébrale apparaît en premier lieu distincte; elle manque complètement chez le poisson et n'est qu'indiquée chez les amphibiens. A mesure que l'on s'élève dans l'échelle des mammifères l'on voit l'écorce cérébrale augmenter d'importance en même temps que les connexions qui unissent ses diverses portions et constituent la masse principale des hémisphères.

Il résulte de cette revue rapide que certaines fonctions psychiques ne relèvent pas exclusivement de l'écorce cérébrale puisqu'elles peuvent se rencontrer chez des animaux qui ne la possèdent pas; du reste ce que Schrader a démontré expérimentalement. Pour bien comprendre le fonctionnement du système nerveux central il faut se représenter l'écorce cérébrale comme une annexe des centres inférieurs dans lesquels se terminent les nerfs sensibles ou prennent naissance les nerfs moteurs. Ces centres sont doués d'une activité propre, inférieure; les facultés cérébrales supérieures ne leur appartiennent pas et n'apparaissent qu'avec l'écorce cérébrale.

Les animaux supérieurs, l'homme notamment, se servent de leur cerveau pour accomplir des actes que pourraient parfaitement exécuter les centres inférieurs; la destruction de l'écorce ne fait perdre que la faculté d'assembler et d'apprécier à leur juste valeur les images des actes accomplis, des sensations antérieurement ressenties. Chez l'homme l'activité de l'écorce est, semble-t-il, à ce point intense et habituelle, que la destruction d'une faible portion suffit pour perturber le fonctionnement de toutes ces autres parties.

Passons à un autre point de vue. Les expériences de Goltz paraissent à première vue en contradiction avec les expériences électriques, les données de la pathologie qui font conclure à l'existence des localisations cérébrales. Il n'en est rien. Il ne faut tirer des expériences de Goltz que cette seule conclusion que le cerveau antérieur est chez des animaux aussi élevés que le chien absolument indispensable pour accomplir certaines fonctions; elles viennent démontrer mieux qu'on n'a pu jamais le faire, que ce sont les fonctions psychiques les plus élevées qui sont anéanties par la destruction de l'écorce.

J. D. B.

Variations de vitesse des processus psychiques à différents moments de la journée, par BECHTEREW (*Neur. Centr.*, 1893).

On sait que tout acte nerveux conscient ou inconscient demande pour s'accomplir un certain temps; il en est ainsi pour la transmission simple dans le nerf comme pour tout acte cérébral.

D'autre part la durée du processus psychique considéré peut

varier; la fatigue tend à l'augmenter; l'attention au contraire à la diminuer.

Sur les indications de B., Ostankow et Grav ont fait une série d'expériences dont voici les conclusions principales :

1. La durée de l'acte cérébral varie non seulement suivant les individus, avec leur âge, mais aussi pour une même personne suivant le moment de la journée.

2. A mesure que la journée avance, la durée du processus psychique le plus simple subit une variation régulière, typique; cette variation affecte une allure spéciale pour une même personne; on pourrait en dresser la courbe comme on le fait pour la température.

3. Quel que soit l'âge de la personne en expérience, on observe toujours du ralentissement du processus psychique le matin, de l'accélération le soir; la vitesse est *minima* pendant l'après-midi.

4. Ces variations horaires de la vitesse psychique sont plus ou moins prononcées suivant la complication de l'acte psychique. Elles sont d'autant plus marquées que l'acte est plus compliqué; l'acte psychique le plus simple s'accomplit soir et matin dans des périodes de temps à peu près égales, absolument égales même dans certains cas.

5. Comme les autres actes cérébraux, les processus d'association se font plus rapidement vers le soir et en outre les associations elles-mêmes se font mieux, sont de meilleure qualité s'il est permis d'employer cette expression un peu vulgaire.

6. Les repas ont une influence évidente sur la vitesse des processus psychiques; ils les ralentissent.

7. La vitesse des actes cérébraux diminue par l'inattention, sauf pour les processus d'association qui s'accélèrent. Ainsi s'explique comment les actes psychiques s'accélèrent dans la démence paralytique et pendant l'hypnose.

8. Les variations horaires signalées persistent s'il y a défaut d'attention; il semble même qu'elles deviennent plus marquées.

9. La vitesse des actes cérébraux diminue dans la vieillesse; elle est en raison directe du développement cérébral.

J. D. B.

L'autoconduction ou nouvelle méthode d'électrisation des êtres vivants, par D'ARSONVAL (Acad. des Sciences de Paris, 1893).

L'auteur décrit une nouvelle méthode d'électrisation des êtres vivants et du corps humain en particulier. Elle a cela de singulier qu'on produit dans l'intérieur du corps des courants électriques extrêmement puissants, sans le mettre en rapport direct avec une

source électrique. De plus, les courants produits dans le corps peuvent se manifester à l'extérieur par l'allumage, p. ex., de lampes à incandescence tenues entre les deux mains. Le sujet producteur d'électricité ne sent absolument rien, mais ces courants agissent puissamment sur sa nutrition. La consommation d'oxygène augmente ainsi que la production d'acide carbonique. L'effet n'est pas moins remarquable sur les microorganismes. Le bacille pyocyanique, p. ex., peut être tué ainsi que la levure de bière par les courants qui prennent naissance dans chaque molécule organique. C'est donc un procédé physique indolore qui permet de modifier la nutrition intime des tissus. C'est un vaste champ à explorer pour la thérapeutique.

Il est arrivé à ce résultat en utilisant la puissante action inductrice des courants à haute fréquence dont il a fait une étude approfondie au point de vue physiologique.

Le dispositif consiste à introduire l'individu à électriser dans l'intérieur d'un solénoïde parcouru par des courants à haute fréquence. L'individu représente alors un circuit conducteur fermé sur lui-même et dans lequel circulent les courants puissants induits à distance par le solénoïde. L'individu s'électrise donc par auto-conduction de ses propres tissus.

La mesure de ces courants étant impossible avec les instruments actuellement connus, à cause de leur fréquence (de 100,000 à 250,000 oscillations par seconde), l'auteur a tourné la difficulté en utilisant la puissance même d'induction de ces courants pour les mesurer. Pour cela il introduit dans le solénoïde un thermomètre à mercure. La masse du mercure contenu dans le réservoir est alors le siège de courants de Foucault qui font rapidement monter sa température à plus de 150 degrés. L'élévation du thermomètre mesure le produit de la fréquence par le carré du courant.

De la visibilité directe des effluves cérébraux, par LUXS (Soc. de biologie, 1893).

Lorsqu'on examine à l'aide de l'ophtalmoscope le fond de l'œil d'un sujet à l'état somnambulique, on constate un phénomène objectif indiscutable d'hyperémie instantanée des vaisseaux rétiniens. Des aptitudes fonctionnelles nouvelles sont, *ipso facto*, créées; l'œil du sujet acquiert une puissance de vision surnaturelle, et l'individu, par cela même, devient apte à percevoir des impressions lumineuses, des vibrations de l'éther qui échappent à nos yeux.

Ce sont ces forces nouvelles expérimentalement développées chez l'être humain bien entraîné que l'auteur a utilisées au point de vue scientifique, comme on se sert d'un microscope pour élargir le

champ visuel et révéler le détail des choses que les yeux sont impuissants à voir par leurs propres forces.

L'être humain, dans ces conditions nouvelles, reconnaît les effluves qui sortent de l'aiguille aimantée et la distribution des courants électriques circulant dans une pile en activité.

Chez l'homme, ces manifestations du réactif vivant arrivent à un degré d'intérêt extrême au point de vue de la répartition des forces électro-magnétiques qui existent chez lui à l'état normal.

Ainsi, on note que toute la surface d'une moitié du corps, le côté gauche par exemple, présente une coloration bleue. Les yeux, les oreilles, les narines, les lèvres dégagent des irradiations de même couleur, et ces irradiations sont d'autant plus intenses que le sujet est plus vieux et plus vigoureux. Le côté droit, par contre, dégage des effluves rouges par les organes des sens et leur intensité varie pareillement avec l'état de santé du sujet.

Les régions situées sur la ligne médiane, telles que le nez, le menton, etc., correspondent aux régions neutres des aimants et dégagent une coloration jaune.

A l'état pathologique, ces effluves présentent des modifications d'un très haut intérêt. L. se contente de dire maintenant que, chez les sujets vigoureux, bien portants, les effluves ont une coloration très accentuée; chez les sujets débilités, neurasthéniques, leur coloration est très affaiblie; chez les sujets hystériques masculins ou féminins, les diverses colorations des effluves ont complètement disparu pour faire place à une coloration violette uniforme; chez les sujets atteints de tremblement, ces mêmes effluves, du côté droit, sont remplacés par une coloration jaune; enfin, dans les cas où il y a paralysie par disparition de l'activité nerveuse, cet état se révèle par l'apparition de points noirs sur le tégument externe.

L. s'est demandé, en présence de ces irradiations de force nerveuse, qui se dégagent d'une façon centrifuge et qui se révèlent ainsi au dehors, quel devait être l'état des foyers centraux qui leur donnent naissance et si les centres nerveux, l'encéphale lui-même, ne pouvait pas être interrogé à son tour.

Il a tenté, en se servant de la méthode nouvelle d'exploration neurologique qui vient d'être décrite, de déterminer *in situ*, c'est-à-dire sur l'encéphale vivant, si ces mêmes effluves étaient perceptibles et si, en un mot, le centre nerveux encéphalique ou rachidien était bien réellement le foyer générateur des effluves bleus et rouges qu'il engendre et qu'il extériorise, à l'aide des nerfs qui sont ainsi de véritables rhéophores.

L'expérience a été pratiquée récemment, grâce au concours de M. Cazin, et voici les résultats constatés :

Sur un chien de taille moyenne, l'encéphale a été rapidement mis

à nu. Avant de commencer l'expérience, le sujet hypnotique étant préalablement mis en état somnambulique, fut placé en présence du chien et on constata qu'il percevait nettement les effluves de coloration bleue du côté gauche de l'animal, sur l'œil, sur les oreilles, sur la gueule, les narines et la face plantaire des pattes; à gauche, les mêmes observations furent faites. Une fois le crâne ouvert, l'animal, quoique affaibli donna lieu aux réactions suivantes de la part du sujet : Sans proférer une parole, L. lui désigna avec un doigt le lobe gauche : « Oh! c'est bleu, dit-il, c'est d'un beau bleu, » puis le lobe droit : « Oh! c'est d'un beau rouge, » puis le lobe médian du cerveau : « Cela est jaune; » les lobes cérébelleux gauche et droit lui parurent d'une coloration pâle bleue et rouge.

En quelques minutes, le cerveau se refroidit, les effluves disparurent, car le sujet hypnotique, ayant été rappelé, ne les vit plus. L. lui désigna, sans rien dire, les mêmes régions, il répondit : « Ça, c'est tout noir, » et en même temps, il ressentait une émotion pénible, cherchait à fuir en disant : « Il est mort. » Cette expérience lui a permis de constater un phénomène inattendu, à savoir que, pour la constatation des effluves, il n'y a pas d'entrecroisement, comme il en existe pour les actions motrices et sensibles à l'état normal.

L'encéphale, du côté gauche et du côté droit, donne des irradiations de même couleur aux plexus périphériques. Il y a donc dans l'emploi de l'homme somnambulique un véritable réactif vivant dont on peut mettre les facultés artificiellement développées à profit pour étudier les courants magnétiques, électriques et neurologiques, courants qui sont pour lui visibles et sensibles, mais qui, pour nous, ne sont pas dans les conditions de visibilité possible.

Persistence de l'excitabilité des nerfs et des muscles après la mort, par A. D'ARSONVAL (Acad. des sciences de Paris, 1893).

La durée de l'excitabilité des nerfs et des muscles après la mort est bien plus grande qu'on ne le croit généralement. Le procédé, qui consiste à juger l'excitabilité du muscle par sa contraction visible (raccourcissement), est peu sensible. Bien avant que cette contraction soit perceptible pour l'œil, le muscle est le siège de mouvements intimes que le myographe même ne peut traduire. Depuis longtemps (1878) d'A. s'est efforcé d'interroger le mouvement musculaire à l'aide du microphone. Il a imaginé, à cette époque, un microphone spécial, à réglage magnétique, bien connu aujourd'hui, qui permet d'amplifier les mouvements du muscle en substituant l'oreille

à l'œil pour en constater l'existence. A l'aide de ce dispositif, on ne voit plus le muscle se contracter, mais on l'entend; et des mouvements très petits, qui échappaient à l'œil, sont reconnaissables à l'audition. C'est ainsi qu'il a pu montrer que le nerf moteur agit sur le muscle, non pas seulement quelques minutes après la mort, comme on le croyait généralement, mais au bout de plusieurs heures, alors même que le muscle est rigide.

Recherches sur la sensibilité olfactive, par Savelieff (*Neur. Centralbl.*, 1893).

Les recherches sur la sensibilité de l'odorat vis-à-vis de divers réactifs sont encore peu nombreuses. Les difficultés et les causes d'erreur qu'elles présentent tiennent particulièrement à la défectuosité des appareils employés. S. décrit un appareil nouveau dont nous ne pouvons donner ici la description, mais qui se recommande par sa simplicité.

En diluant progressivement les réactifs dont il se sert, il montre que les substances suivantes cessent d'être perçues :

1. L'éther sulfurique	dans une solution à 1 pour	800,000
2. La vanilline	» 1 »	10,000,000
3. La cumarine	» 1 »	1,000,000
4. L'essence de bergamotte	» 1 »	4,000,000
5. » cèdre	» 1 »	32,000,000
6. » genévrier	» 1 »	64,000,000
7. » cannelle	» 1 »	20,000,000
8. » citron	» 1 »	16,000,000
9. » d'anis	» 1 »	16,000,000
10. » lavande	» 1 »	8,000,000
11. » carvi	» 1 »	16,000,000
12. » térébenthine	» 1 »	16,000,000
13. » fenouil	» 1 »	8,000,000
14. » girofle	» 2 »	2,000,000
15. » roses	» 1 »	8,000,000
16. » cajeput	» 1 »	8,000,000
17. » menthe	» 1 »	64,000,000
18. » romarin	» 1 »	16,000,000
19. Le baume de copahu	» 1 »	32,000,000
20. Le camphre	» 1 »	400,000
21. Le musc	» 1 »	8,000,000
22. L'asa foetida	» 1 »	200,000

Une seule séance d'expérimentation ne doit comporter qu'un petit nombre d'expériences, très espacées, parfois ne comporter même que

l'examen de la sensibilité olfactive pour une seule substance. Il en est en effet qui paraissent épuiser le nerf olfactif au point d'infirmier absolument les résultats subséquents.

J. D. B.

Hyperesthésie de la sensibilité chez des sujets hypnotisés, par MAVROUKAKIS (Réun. ann. de la Soc. d'hypnol. et de psychol., 1893).

M. montre une femme extrêmement suggestible. Sa suggestibilité porte surtout sur la sensibilité cutanée. Il suffit de lui dire même à une certaine distance, lorsqu'elle est dans l'hypnose, qu'on lui fait une piqûre sur un point donné du corps pour qu'elle manifeste immédiatement par des mouvements de recul et de défense qu'elle éprouve une vive douleur. Cette malade est atteinte d'hystéro-épilepsie et il est possible de faire alterner chez elle l'hyperesthésie exagérée avec l'anesthésie complète. Ce fait démontre que toute idée de simulation doit être écartée. En présence de l'hyperexcitabilité de la sensibilité cutanée, M. a eu l'idée de vérifier sur cette malade les faits signalés par de Rochas sur l'extériorisation de la sensibilité; il est arrivé promptement à se convaincre que tous les faits observés par de Rochas étaient sous la dépendance de la suggestion.

Boirac déclare qu'il est possible que le phénomène décrit sous le nom d'extériorisation de la sensibilité n'existe pas chez ce sujet sans que pour cela on soit en droit d'en nier l'existence. Il a répété avec succès plusieurs fois l'expérience de Rochas qui consiste à transférer la sensibilité du sujet dans un verre d'eau; il est vrai qu'il n'a peut-être pas pris toutes les précautions voulues pour mettre son sujet à l'abri de la suggestion.

Voisin a invité M. de Rochas à venir dans son service pour lui démontrer l'existence de l'extériorisation de la sensibilité. Il l'a mis en présence d'un sujet modèle en ne lui imposant comme condition que de ne pas prononcer un seul mot et de ne pas faire un seul geste : son expérience a totalement échoué.

Ernould n'a jamais réussi non plus à extérioriser la sensibilité; il veut bien admettre que ce phénomène ne soit réalisable que chez un petit nombre de sujets; encore est-il que ces sujets devraient se rencontrer et présenter des caractères sur lesquels il serait intéressant d'être édifié.

Dumontpallier déclare qu'il n'est pas douteux que si les sujets pouvaient sentir à distance avant le contact de l'épingle, l'un de nous, dans les nombreuses expériences faites, l'aurait constaté.

J. M.

De l'inhibition déterminée par les excitations périphériques sur la contraction musculaire volontaire ou électrique, par WALLER (Brain, 1892).

Fuh a démontré il n'y a pas longtemps que lorsqu'on soumet à une excitation électrique directe et tétanisante, un muscle énergiquement contracté par la volonté, on constate non pas une exagération, mais un affaiblissement de sa puissance. L'auteur rapporte ce fait à une inhibition d'origine centrale.

Waller a répété les expériences de Fuh, les a contrôlées et complétées; il a prouvé que l'électricité détermine vraisemblablement une contraction plus énergique des antagonistes et par conséquent un affaiblissement du travail extérieur des muscles primaires. Ce qui semble le prouver c'est que le phénomène ne s'observe pas là où il n'existe pas de muscles antagonistes par ex. pour les muscles masticateurs.

Waller examine d'autre part si l'on doit considérer l'arrêt d'un travail musculaire comme un simple phénomène passif où s'il se produit une inhibition active du fonctionnement musculaire. Il se rallie à la première hypothèse; il ne connaît aucun fait précis qui vienne appuyer la seconde.

J. D. B.

De l'influence du sympathique sur l'œil et en particulier sur les mouvements de l'iris, par HEESE (Pflüger's Archiv, LII, 11 et 12).

La question du mécanisme de la dilatation pupillaire a reçu diverses solutions. Les théories auxquelles elle a donné naissance sont les suivantes :

1° On suppose l'existence d'un muscle sphincter et d'un dilateur innervés le premier par l'oculo-moteur commun, le second par le sympathique et dont l'action antagoniste règle l'ouverture pupillaire.

2° Il n'existe pas de muscle dilateur; l'ouverture pupillaire dépend de l'état de contraction du sphincter et de l'élasticité du tissu de l'iris. L'influence du sympathique sur la pupille consiste seulement en une action sur ses vaisseaux dont la contraction détermine une dilatation de l'ouverture pupillaire (Grünhagen).

3° Il n'existe pas, il est vrai, de dilateur, mais c'est en paralysant le sphincter et non pas en déterminant la contraction vasculaire que le sympathique amène une dilatation de la pupille (Gaskell).

C'est avec raison que l'auteur considère la théorie de Grünhagen comme absolument inadmissible. La question se réduit donc à ces

termes : le sympathique est-il un nerf inhibiteur, ou bien existe-t-il un dilatateur? C'est à résoudre cette question que s'est appliqué l'auteur, en même temps qu'il a étudié d'une façon générale, le rôle du sympathique vis-à-vis de l'œil.

Il a excité le nerf sympathique chez l'animal après avoir séparé l'iris du sphincter.

Köl liker a déjà institué cette expérience en 1855 et a obtenu un résultat positif; mais il a opéré sur le lapin où l'observation est assez difficile.

L'auteur a réussi à établir l'existence d'un dilatateur chez le chat, en inscrivant sur un tambour les mouvements qui se produisaient du côté de l'iris séparé de son sphincter, à la suite de l'excitation du nerf sympathique. Les détails de cette expérience très délicate doivent être étudiés dans l'original.

L'auteur a également examiné chez le chat le muscle dilatateur au point de vue anatomique et il a constaté qu'il n'est point formé d'une couche continue mais de faisceaux isolés occupant les couches les plus postérieures.

Les autres résultats obtenus dans ces expériences sur les phénomènes déterminés du côté de l'œil par le sympathique sont les suivants :

L'excitation du sympathique détermine chez le lapin à l'encontre de ce qui se produit chez la plupart des autres espèces, un affaissement du globe oculaire dans la cavité orbitaire : cet affaissement est dû à la contraction des vaisseaux de cette cavité et à l'anémie qui s'ensuit.

La section du nerf produit l'effet opposé c'est-à-dire la protrusion de l'œil.

De suite après la mort, les mouvements du bulbe se comportent comme chez le chien et le chat parce que, la force du muscle orbitaire intervient alors, de sorte que l'excitation du sympathique n'amène jamais une protrusion du globe oculaire par suite de la contraction du muscle orbitaire.

La cornée et le cristallin ne subissent pas de modifications de forme sous l'influence du sympathique.

On ne constate pas d'action inhibitoire de sa part sur le processus de l'accommodation auquel il reste d'ailleurs totalement étranger.

X. F.

L'audition colorée et les phénomènes similaires, par ED. GRUBER
(Revue scientifique, 1893).

Les différentes espèces de sensations peuvent s'associer entre elles. *L'audition colorée* qui est l'association des sensations auditives

et des sensations de couleur est le plus important, mais non le seul phénomène de cet ordre. On rencontre aussi, la *vision colorée*, la *gustation colorée*, l'*olfaction colorée*, la *tactilité colorée*, les *températures* et les *résistances colorées*, la *motilité colorée*. L'auteur réserve le nom de *photismes* créé par Bleuler et Lehmann, pour les phénomènes de l'audition illuminée et il désigne sous le nom de *chromatismes*, ces taches subjectives colorées qui sont suscitées par l'excitation des autres appareils sensoriels.

A côté des chromatismes, il y a les *phonismes*. Nous avons le même tableau, mais moins étendu ; il y a la *vision auditive*, la *gustation auditive*, l'*olfaction*, la *tactilité*, la *motilité*, les *températures* et les *résistances auditives* ; il y a encore la *vision gustative*, l'*audition gustative*, l'*olfaction gustative*, etc. ; puis, des tacts et des températures provoquées par les autres sens : la vision, l'audition, la gustation tactile, etc. ; les températures de la vision, les températures de l'audition, etc. Enfin les diverses sensations des différents sens peuvent évoquer d'une manière constante les mêmes sentiments ou les mêmes séries de sentiment.

L'auteur a essayé de mesurer ces phénomènes. Le sujet qu'il étudiait avait la faculté d'extérioriser ses chromatismes, de les projeter sur la muraille par exemple, à une distance de trois mètres et il pouvait dire si la tache colorée recouvrait complètement un cercle de dimension variable qu'on lui présentait. Ces mensurations ont permis de constater quelques propriétés curieuses de ces phénomènes : ils grandissent ou diminuent régulièrement selon qu'ils accompagnent telle ou telle lettre, ou tel ou tel nombre.

L'auteur estime que les faits dont il s'agit et d'autres (l'hypnotisme, les rêves, les hallucinations télépathiques, l'homme de génie, etc.) devraient être rangés dans une catégorie à part qui n'étant pas la psychologie normale n'est pas non plus la psychologie pathologique. Ce serait la psychologie anormale, la psychologie des exceptions et ce qui est exception, n'est pas nécessairement pathologique.

X. F.

De la rumination chez l'homme, par Löwe (München. med. Wochenschr., 1892).

S'appuyant sur une série de quinze observations, l'auteur étudie le mécanisme et le processus de la rumination. Onze malades appartenaient au sexe mâle, quatre au sexe féminin ; l'âge variait de 2 ans et demi à 50 ans ; dans la plupart des cas, on put constater une prédisposition neuropathique. Une grande précipitation dans le manger était commune à tous les sujets. Les aliments régurgités

étaient en morceaux relativement volumineux, mal digérés et constitués surtout par des substances hydrocarbonées : des liquides comme le café ont été également soumis à la rumination. Il est remarquable que, chez aucun des sujets, des aliments de goût désagréable n'ont été rejetés.

En ce qui concerne le mécanisme de la rumination, l'auteur se refuse à admettre une paralysie du cardia et de la partie inférieure de l'œsophage, attendu que le processus peut se trouver sous la dépendance de la volonté et qu'une action très énergique de la presse abdominale, ne suffit pas à elle seule à déterminer la régurgitation; on ne peut pas non plus incriminer une perturbation du chimisme gastrique. On peut supposer qu'il se produit une ouverture active de la partie supérieure du tube digestif, et tout d'abord, une dilatation du pharynx et du segment supérieur de l'œsophage, en suite de laquelle, le thorax se trouvant à l'état inspiratoire, il s'établit entre l'estomac et la partie supérieure des voies digestives un équilibre de pression qui fait que les aliments arrivent à franchir la lumière de l'œsophage.

Le processus est ordinairement de nature réflexe : il peut être déterminé par la volonté. Le réflexe a son point de départ habituel dans la distension de la paroi de son estomac : aussi l'auteur considère-t-il la rumination comme une névrose du nerf vague, nerf qui renferme également les éléments moteurs de la partie supérieure du tube digestif qui intervient ici. Cette hypothèse explique bien le fait que la rumination ne se produit que dans l'inspiration.

X. F.

Un cas de sarcome de l'hypophyse cérébrale, par E. HOMÉN
(*Finska Läkare*, 1893).

Après un court exposé des observations publiées de tumeurs de l'hypophyse et de leur symptomatologie, l'auteur décrit le cas suivant :

Il a trait à une femme de 34 ans qui, depuis au moins deux ans avant sa mort, souffrit de céphalalgie d'intensité croissante, de vomissements et de vertiges auxquels s'ajoutaient parfois de véritables défaillances et dont la vue s'affaiblit progressivement : plus tard, il y eut de la diplopie et la mort se produisit dans le coma avec élévation de température (40°). A l'autopsie, au niveau de la selle turcique considérablement dilatée se montra une tumeur de texture lâche, infiltrée de sang qui, tout autour d'elle, avait déterminé l'usure de la boîte crânienne de sorte que la cavité turcique était notablement approfondie; en avant, la tumeur avait pénétré dans les cellules

ethmoïdales; en arrière, le *dorsum sellae* avec ses *processus clinoides posteriores* avaient été détruits et exerçaient une compression sur la protubérance annulaire qui, à gauche surtout, était déprimée; le chiasma des nerfs optiques et la région avoisinante avaient également subi une compression. La tumeur s'étendait assez fortement sur les côtés et comprimaient les parties latérales.

Les dimensions de la tumeur après durcissement était, en longueur, 6,5 centim., en largeur 4 centim., en hauteur 3 centim. Au microscope, on constata que le tissu de l'hypophyse avait complètement disparu et était remplacé par un tissu sarcomateux à grosses cellules, richement vascularisé avec des foyers hémorragiques plus ou moins anciens, plus ou moins étendus.

X. F.

De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales. De la folie hépatique, par KLIPPEL (*Arch. gén. de Méd.*, 1892).

Il existe des troubles hépatiques chez certains aliénés; chez les uns la maladie du foie joue un rôle secondaire, chez d'autres elle est primaire et est la véritable cause de la psychose; l'on a affaire alors à une véritable *folie hépatique*.

Les troubles du fonctionnement du foie ne se traduisent pas par des signes graves, tels que la diminution ou l'augmentation de la matité hépatique, de l'ascite, de l'ictère, etc., mais par des symptômes plus légers; augmentation de la quantité d'acide urique dans l'urine, diminution de l'urée, de la quantité de glycogène, odeur fétide des matières fécales, hémaphacismus, peptonurie et urobilinurie. Pour se rendre compte de la valeur de la fonction glycogénique, il faut administrer au malade 100 à 200 gr. de sucre de canne et examiner l'urine au bout de une à deux heures au point de vue du sucre qu'elle contient. Le symptôme le plus important, c'est l'urobilinurie; on en constate l'existence et le degré par la méthode spectroscopique de Hayem.

L'urobilinurie est très fréquente dans la démence paralytique et l'alcoolisme chronique. Elle se rencontre souvent aussi dans la folie hépatique. Dans les autres psychoses, elle est rare; notons toutefois qu'elle s'observe fréquemment au stade de déclin d'un accès d'agitation; son apparition prend alors une importance « critique. » Parfois et passagèrement on rencontre des grandes quantités d'urobiline chez les mélancoliques.

L'urobilinurie est due à la destruction des hématies. Il faut la traiter par le régime lacté, les œufs, l'administration de charbon de bois, de naphтол, de salicylate de bismuth, de bétol, de salol et les

purgatifs; les alcalins, l'hydrothérapie, le massage peuvent rendre également de bons services.

On trouve des lésions hépatiques dignes d'observation chez les paralytiques généraux.

L'affection du foie la plus caractéristique que l'on puisse observer chez eux c'est celle du foie vaso-paralytique; il y a dilatation des vaisseaux intrahépatiques, présence de petites hémorragies capillaires dans leur voisinage; les cellules sont décolorées par places et en proie à de l'atrophie pigmentaire. Le volume du foie n'est pas modifié ou d'une manière peu sensible. On n'observe pas de dilatation des veines, ce qui explique l'absence d'ascite dans cette affection.

On rencontre des lésions hépatiques analogues dans les maladies infectieuses aiguës, sauf l'atrophie cellulaire pigmentaire qu'on n'y trouve pas; elle caractérise les groupes pathologiques à marche chronique.

D'après K., le foie vaso-paralytique de la démence paralytique serait la conséquence des altérations subies par le grand sympathique dans cette affection.

J. D. B.

Névroses et psychoses dépendant d'affections chroniques de l'estomac, par R. ALT (*Archiv f. Psychiatrie*, XXIV).

Ce travail d'A. établit de nouveau combien il importe dans les troubles nerveux les plus divers, d'examiner soigneusement tous les organes.

Ses recherches très consciencieuses montrent qu'il y a toute une série de ces troubles qui sont sous la dépendance d'une perturbation du chimisme gastrique, hyperacidité ou anacidité. Ses expériences tendent à démontrer qu'une thérapeutique dirigée contre l'affection de l'estomac (lavage de l'estomac) est de nature à faire disparaître les complications nerveuses et notamment l'angoisse paroxystique.

Il reste pourtant à établir qu'il y a une relation directe entre les troubles gastriques et les troubles nerveux.

Les malades traités par Alt souffraient depuis longtemps de l'estomac et en outre, ils avaient été soumis à toutes sortes d'influences nocives telles que le surmenage, avant d'avoir présenté la névrose ou la psychose.

D'ailleurs, des troubles nerveux analogues se montrent sans affection de l'estomac et il est un grand nombre de malades de l'estomac qui restent préservés de toute complication nerveuse.

Quoi qu'il en soit le travail d'A. doit nous engager le cas échéant à pratiquer le lavage de l'estomac et à instituer un régime approprié.

X. F.

Un cas d'agraphie motrice suivi d'autopsie, par J.-B. CHARCOT
(Soc. de biologie, 1893).

Une malade est atteinte d'hémiplégie avec aphasie et agraphie. La paralysie ayant disparue ainsi que l'aphasie, cette malade resta plusieurs années purement agraphique. A la fin de sa vie elle fut atteinte d'une paralysie glosso-labio-laryngée.

A l'autopsie : sur l'hémisphère gauche deux foyers de ramollissement cortical occupant l'un le pied de la deuxième frontale (agraphie), l'autre la partie moyenne de la deuxième frontale et le pied de la troisième frontale (aphasie).

Sur l'hémisphère droit deux autres foyers : l'un à la partie moyenne de la pariétale ascendante (parésie du membre supérieur gauche), l'autre à l'extrémité inférieure de la frontale ascendante et de la pariétale ascendante (paralysie labio-glosso-laryngée).

De cette observation, Ch. conclut :

1° Il existe, à côté de l'agraphie d'origine sensorielle (par destruction du centre de vision verbale ou interruption des fibres de communication qui relient ce centre au centre moteur du membre supérieur), une *agraphie motrice*. Cette forme d'agraphie est au langage écrit ce que la logoplégie par lésion de la circonvolution de Broca est au langage parlé. Elle peut être définie : l'amnésie des mouvements coordonnés pour l'écriture ;

2° Conformément à l'opinion soutenue par Exner et par Charcot, le centre de coordination des mouvements spéciaux pour l'écriture doit, selon toute vraisemblance, être localisé dans l'extrémité postérieure ou pied de la deuxième circonvolution frontale de l'hémisphère gauche.

J. M.

Un cas de maladie de Thomsen suivi d'autopsie, par DEJERINE
et SOTTAS (Soc. de biologie, 1893).

L'anatomie pathologique de la maladie de Thomsen n'est pas encore complètement connue, car jusqu'ici on n'a pas publié d'exemple de cette affection suivi d'autopsie. Les lésions anatomiques de la fibre musculaire décrites par Erb en 1885 et 1886 et retrouvées depuis par Jacoby, Néaronow, Martins et Hansemann, White, Fischer, Deléage, ont été constatées dans des fragments de muscles excisés sur le vivant et, dans un des cas de Erb, sur le biceps d'un cadavre pour lequel, par suite de la présence de ces altérations, on porta rétrospectivement le diagnostic de maladie de Thomsen.

L'observation suivante avec autopsie concerne un cas type de maladie de Thomsen observé pendant cinq ans. Il s'agit d'un homme

de 37 ans, affecté dès son enfance d'une maladie de Thomsen avec hypertrophie très marquée des muscles des membres inférieurs et du tronc, moins accusée dans ceux des membres supérieurs. La raideur musculaire et la décontraction lente apparaissaient à l'occasion des mouvements volontaires dans tous les muscles du corps, sauf pour les muscles des yeux où on ne pût jamais la constater très nettement. La sensibilité générale et spéciale était intacte, les réflexes tendineux conservés. Les muscles présentaient à l'exploration galvanique les caractères de la réaction dite de dégénérescence, avec diminution considérable de la résistance électrique. La réaction myotonique d'Erb était très nette. Cet homme, qui jouissait d'une bonne santé, succomba en quelques jours au commencement de l'année dernière à des accidents de néphrite aiguë. A l'autopsie, des portions de muscles prélevées sur toutes les parties du corps sauf à la face furent examinées. L'examen histologique de ces muscles, pratiqué à l'aide de coupes faites après durcissement dans le liquide de Müller, révéla les particularités suivantes :

Sur les préparations microscopiques des muscles comme à l'œil nu, les modifications sont beaucoup plus accentuées dans les membres inférieurs que dans les parties supérieures du corps. Les altérations portent presque exclusivement sur la fibre musculaire. Le premier degré paraît constitué par une hyperplasie des noyaux de la fibre : c'est à peu près la seule altération qu'on observe dans les muscles de la langue, par exemple. Les noyaux sont surtout placés sous la gaine de sarcolemme, très rarement au centre de la fibre. Sur une coupe transversale, ils forment une couronne qui peut compter jusqu'à quinze et vingt noyaux. Sur des coupes longitudinales, on voit que ces noyaux, le plus souvent allongés ou étranglés en leur milieu, ont tendance à se placer en séries, formant des chapelets de vingt à trente éléments contigus. La suractivité nucléaire est prouvée par le volume exagéré des noyaux, leur forme étranglée très fréquente et la netteté des filaments de chromatine qu'ils contiennent. La fibre s'hypertrophie ensuite et s'arrondit par deux processus le plus souvent indépendants : tantôt le protoplasma musculaire se gonfle, les fibrilles s'accolent, la fibre vue en coupe transversale prend un aspect homogène et trouble, la striation longitudinale disparaît tandis que la striation transversale persiste et est même exagérée. Ou bien, c'est l'hypertrophie du protoplasma indifférent qui domine : les fibrilles sont nettement séparées par un réseau de stries dont les points de rencontre forment de petits espaces qui donnent à la fibre l'aspect d'une passoire. Ces espaces peuvent même se dilater en formant des vacuoles où s'amasse le protoplasma indifférent; celui-ci peut également former des amas

en boule ou en croissant placés entre la gaine et le protoplasma musculaire. Sur ces fibres, la striation longitudinale est très marquée tandis que la striation transversale tend à disparaître. Les fibres ainsi gonflées peuvent atteindre un diamètre de 100, 150, 180 μ (*muscles jumeaux*).

A un degré plus avancé, ce protoplasma musculaire se désagrège, les *sarcous elements* dissociés sont enveloppés par une substance amorphe et trouble, les noyaux dépourvus d'orientation se disposent irrégulièrement, et le tout forme un foyer diffus, mal coloré, au niveau duquel la gaine du sarcolemme s'étrangle. D'autres fois, cette désintégration est moins diffuse : il se forme une véritable perte de substance à contours irréguliers, cavité qui doit être distinguée des vacuoles à contour net.

Enfin, la gaine de sarcolemme peut être presque complètement vidée; sur les coupes, entre les fibres persistantes, on trouve de nombreuses gaines à contours plissés, remplis d'une substance granuleuse, et assez peu distinctes du tissu conjonctif ambiant.

On trouve également quelques fibres très petites, de 15 à 20 μ , qui représentent soit des fragments de fibres dissociées, soit de véritables fibres atrophiées.

Le tissu conjonctif paraît n'entrer en action que pour combler les vides. Il est surtout fibreux, très pauvre en noyaux; les contours de ses éléments sont le plus souvent obscurcis par la présence d'une substance amorphe surtout abondante dans les régions où l'altération des fibres musculaires est le plus marquée. Les petits vaisseaux (artérioles et veinules) et les petits troncs nerveux intramusculaires sont intacts. Le diaphragme présente ces altérations au plus haut degré. Le muscle cardiaque a paru sain.

Les nerfs musculaires, examinés par dissociation après action de l'acide osmique et du picro-carmin, ne présentaient aucune espèce d'altération appréciable. Il en était de même pour les coupes des gros troncs nerveux des membres, pratiquées après durcissement et traitées par les méthodes de Weigert et de Pal. La moelle épinière ainsi que le bulbe rachidien, examinés sur des coupes traitées par les mêmes méthodes et aussi par l'emploi du carmin et de l'hématoxyline, n'offraient aucune modification ni de la substance grise, ni de la substance blanche, ni des racines.

L'autopsie établit donc que le système nerveux central ainsi que les nerfs périphériques sont intacts dans la maladie de Thomsen et que cette affection rentre dans le groupe des *myopathies*. En outre, si dans notre cas le diaphragme présentait des altérations considérables et capables d'apporter des troubles dans le fonctionnement de la respiration, le cœur, par contre, ne présentait pas de lésions appréciables.

L'absence d'hypertrophie des faisceaux primitifs au début de la lésion, son existence au contraire très prononcée dans les muscles qui fonctionnent beaucoup — muscles des membres inférieurs — fait considérer l'hypertrophie des muscles dans la maladie de Thomsen comme une hypertrophie d'origine fonctionnelle.

Des névroses traumatiques, par M. STRÜMPÉLL (*Neurol. Centralbl.*, 1893).

La névrose traumatique, maladie spéciale, définie n'existe pas : mais il existe des névroses traumatiques qui se présentent sous les aspects les plus divers et que, pour en faciliter l'étude, S. groupe en névroses traumatiques à symptômes locaux bien limités (douleurs circonscrites, paralysies, contractures, anesthésies diverses), et névroses traumatiques avec phénomènes centraux généralisés qu'il décrit dans les termes suivants :

Toute trace antérieure du traumatisme a disparu; cependant le malade n'a pas repris son activité antérieure; il est tracassé par des troubles subjectifs dont le point de départ se trouve dans la partie du corps affectée par le traumatisme. Le malade y ressent des douleurs, mal limitées, irradiantes et s'accompagnant presque toujours de troubles moteurs. Il meurt péniblement les membres; il lui est difficile de se pencher en avant, de se tenir debout, de marcher; tout travail corporel est devenu impossible. Le malade est affaibli, la tête est serrée, les sens obtus: il voit mal, n'a pas d'appétit et souffre de battements de cœur. La liste de ses symptômes s'allonge sans fin; plus le médecin demande de détails au malade, plus il reçoit de plaintes nouvelles.

L'examen objectif de la région du corps frappée par le traumatisme ne donne pas ou peu de résultat; les organes internes sont normaux. En étudiant avec soin le système nerveux, on observe des tendances dépressives d'allures mélancolico-hypocondriaques, des anesthésies bizarrement distribuées affectant des divers modes de la sensibilité cutanée, de la perte de fonctionnement des organes des sens, de la vue notamment rétrécissement concentrique du champ visuel, des troubles de la motilité parétiques ou convulsifs (tremblements, spasmes), des phénomènes vaso-moteurs et sécrétoires anormaux (accélération du pouls, hyperidrose).

Quelle est la pathogénie de ces névroses traumatiques, quelle signification le médecin doit-il leur donner?

Pour divers motifs, l'assimilation des névroses traumatiques à la commotion ou à la contusion cérébrale ou médullaire n'est pas

possible. Au contraire, toutes les observations tendent à assimiler, même à identifier, les névroses traumatiques avec la neurasthénie et l'hystérie. Essayons de justifier cette manière.

Quand une affection nerveuse est-elle de nature hystérique? Lorsqu'elle repose sur une altération psychique des rapports existant entre la conscience et les sensations déterminées par les excitants externes ou internes du corps. Exemples : des excitations volontaires anormales déterminent la production de contractions hystériques; l'interruption dans leur marche vers l'écorce des excitations sensibles telles qu'elles n'arrivent pas jusqu'au sensorium, déterminent la production d'anesthésies hystériques; la représentation psychique de sensations redoutées ou attendues pendant trop longtemps, les douleurs hystériques. L'hystérie est donc une maladie purement psychique qui se manifeste par des troubles corporels.

Les modifications légères de l'ensemble des facultés cérébrales qui l'accompagnent ou parfois existent seules, sont réunies sous la dénomination de neurasthénie. Aussi l'hystérie et la neurasthénie sont-elles proches parentes; elles ont une même origine en général héréditaire. Si la tare congénitale est profonde, on voit se développer des symptômes d'hystérie primaire sans cause occasionnelle apparente; le plus souvent du reste des causes occasionnelles d'importance très minime suffisent pour déterminer l'éclosion de la maladie. C'est par le même processus pathogénique que la commotion psychique concomitante au traumatisme provoque l'apparition des symptômes de la névrose traumatique.

Admettre cette pathogénie, c'est admettre sinon la vraisemblance tout au moins la possibilité de l'origine psychique des symptômes locaux de la névrose traumatique; tels par exemple les monoplégies, les contractures, les anesthésies et les hémianesthésies que l'on réunit sous le nom de névroses traumatiques locales, tels aussi beaucoup de cas d'épilepsie réflexe.

Il en est de même pour les névroses traumatiques généralisées proprement dites. Ce sont de véritables psychonévroses. Elles reconnaissent pour causes occasionnelles d'une part la peur qu'a éprouvée le malade au moment de l'accident, le choc psychique qu'il a subi, d'autre part la lente transformation qui s'est produite à la suite de l'accident dans le domaine de l'idéation; le malade a eu des soucis nombreux; sa guérison, la perte de son activité, de sa capacité au travail, le désir de se faire rendre justice, de se faire payer des dommages et intérêts le préoccupent.

De même pour les symptômes objectifs qui reconnaissent la même origine psychique que les symptômes subjectifs quel que soient leur valeur et leur importance. C'est la seule manière d'expliquer

la variation de forme et d'intensité des symptômes analogues à base organique. Telle par exemple : l'hémianesthésie hystérique typique quine s'accompagne pas comme l'hémianesthésie organique d'hémianopsie, mais d'amaurose unilatérale ou tout au moins d'un rétrécissement unilatéral bien marqué du champ visuel. Dans cet ordre d'idées, il est impossible de nier que la manière dont le médecin procède à son examen ait quelque influence sur la production des symptômes hystériques et sur les caractères d'ensemble des cas envisagés. Il est des symptômes objectifs communs vulgaires de l'hystérie qui ne sont que les produits de la projection sur l'écorce cérébrale de la malade de suggestions faites par le médecin dans son interrogatoire; ce ne sont que les reflets des méthodes d'examen régulièrement employées par le praticien.

Strümpell ne croit pas à la fréquence de la simulation, il n'est pas facile de simuler cette névrose traumatique. Comment un simple ouvrier parviendrait-il à simuler de l'anesthésie gustative ou une hémianesthésie typique. L'importance, à ce point de vue des symptômes dits objectifs, n'est donc pas aussi grande; il faut pour se faire une idée exacte de la maladie et confondre le simulateur, tenir compte de l'ensemble des symptômes que présente le malade, de sa modalité psychique, de la profession qu'il exerce, de ses relations, de sa moralité jusqu'au moment de l'accident. L'inconsistance des symptômes observée dans les névroses traumatiques, la tendance à les exagérer, n'ont rien qui doivent étonner; elles se rencontrent chez tous les individus atteints de maladies nerveuses.

J. D. B.

Coup d'œil sur l'état actuel de la question des névroses traumatiques, par FREUND (*Samml. klin. Vorträge*, N. F., n° 51).

On abuse singulièrement du diagnostic de névrose traumatique. A la suite d'accidents peuvent se développer des névroses fonctionnelles, mais il est difficile d'en reconnaître l'existence. Il faut notamment s'assurer que les symptômes nerveux accusés par le malade ne se rattachent pas à une maladie antérieure à l'accident. L'anamnèse doit donc être établie avec le plus grand soin, ce qui présente de particulières difficultés chez des sujets ayant déjà subi un ou plusieurs examens. On doit rechercher si le malade n'est pas un alcoolique, s'il ne fait pas abus de tabac, attendu que dans ces cas, se présentent de nombreux troubles nerveux.

La névrose traumatique n'est pas une affection ayant une existence propre. Oppenheim a attribué au traumatisme une importance pathogénique beaucoup trop considérable et a donné comme constant

un tableau morbide beaucoup trop complexe. On trouve réunis dans la névrose traumatique, des ensembles symptomatiques qui parfois, se présentent isolément, tels que la neurasthénie pure, l'hystérie, des psychoses hypocondriaques. Le tableau tracé par Oppenheim résulte de la combinaison de ces différents états morbides. Cette combinaison se produit d'autant plus facilement que le traumatisme a été plus intense et que la résistance du système nerveux est moindre.

F. décrit ensuite les caractères propres et différentiels de la neurasthénie, de l'hystérie, de l'hypocondrie. Pour les cas complexes, on peut employer la désignation de névrose traumatique : les cas simples, non compliqués sont en somme assez rares ; ce qu'on rencontre le plus souvent, c'est un mélange d'hystérie et de neurasthénie (hystérie mâle de Charcot). Comme symptômes importants, il faut signaler les troubles de la sensibilité, l'hémianesthésie qu'on met en évidence non seulement au moyen de la piqure, mais encore par l'irritation électrique. Le rétrécissement concentrique du champ visuel doit être déterminé au périmètre.

Quant au tremblement et à l'augmentation de la fréquence du pouls, l'accord n'est pas encore établi. Dans la tachycardie d'origine nerveuse, la digitale ne donne aucun résultat.

On a indiqué différents moyens pour se mettre à l'abri de la simulation et de l'exagération. L'auteur remarque très justement que « chaque cas doit être étudié à part ; » car il peut arriver que l'on admette à tort la simulation. Il ne suffit pas de présomptions, mais il faut des preuves sérieuses pour traiter quelqu'un de simulateur. En certains cas, il est impossible de se prononcer ; le rapport mentionnera la chose. La guérison des accidents dont il s'agit n'est nullement aussi difficile à obtenir qu'on ne le pense généralement.

X. F.

Contribution à l'étude des troubles nerveux consécutifs aux traumatismes ; de l'arrêt de développement à la suite des lésions des membres dans l'enfance (atrophie musculaire numérique), par KLIPPEL (Revue de méd., 1893).

Les traumatismes subis pendant l'enfance amènent souvent, en dehors des atrophies et autres troubles nerveux qu'on observe à la suite d'accidents traumatiques survenant à l'âge adulte, un élément pathologique nouveau, qui est l'arrêt de développement.

K. a rencontré des malades chez lequel un traumatisme de l'enfance ayant atteint les membres supérieurs et inférieurs avait abouti à un arrêt de développement portant souvent sur un membre tout

entier. Ce phénomène peut se produire à la suite de lésions très différentes, même peu graves en apparence, telles qu'une brûlure, une lésion osseuse suppurative, une arthrite traumatique, etc. L'arrêt de développement est parfois si considérable qu'il peut en imposer pour une paralysie infantile. Sa pathogénie s'explique par une action réflexe sur les centres trophiques de la moelle (qui président aussi au développement, à la croissance des membres), action ayant les nerfs périphériques lésés pour point de départ.

Il existe certains faits qui, à première vue, paraissent être en contradiction avec cette action d'arrêt dans les lésions périphériques de l'enfance, mais qui peuvent très bien s'expliquer. Au cours d'une arthrite chronique ou subaiguë, d'une tumeur blanche du genou ou de la hanche, le membre malade s'accroît souvent en longueur plus rapidement que le côté sain. Mais cette rapidité plus grande de la croissance, due à une irritation réflexe passagère des centres trophiques, n'est que momentanée. Plus tard, en effet, le côté malade, qui avait pris de l'avance, retarde sur le côté sain, qui l'emporte définitivement. Cependant, K. a vu des allongements considérables demeurer définitifs, mais dans ces cas il s'agissait de sujets plus rapprochés de l'âge du développement complet.

Parmi les cas d'arrêt de développement consécutif à une lésion traumatique survenue dans l'enfance, s'en trouve un dans lequel K. a pu faire l'autopsie du sujet, mort de tuberculose pulmonaire.

Le malade avait été atteint, vers l'âge de trois ans, d'une arthrite du genou gauche avec épanchement, survenue à la suite d'une chute. Cette lésion avait amené un arrêt de développement du membre inférieur correspondant, dont l'aspect extérieur rappelait celui qu'on observe dans la paralysie infantile. Cependant, le malade ne présentait pas l'adiposité si fréquente dans cette dernière affection. De plus, il n'y avait pas de paralysie ni d'abolition du réflexe rotulien, et les réactions électriques des muscles étaient conservées. L'examen histologique permit de constater quelques particularités en rapport avec ces données cliniques. Les os du membre lésé étaient diminués en longueur et en épaisseur; ils étaient raréfiés et offraient des cavités remplies de graisse. Les muscles étaient moins volumineux à gauche, mais leurs fibres et le tissu conjonctif de ces fibres ne présentaient absolument rien d'anormal. La diminution du volume de chaque muscle à gauche ne tenait donc pas à une atrophie de ses éléments histologiques, mais simplement à la diminution du nombre des fibres. L'examen des troncs nerveux correspondants a donné des résultats analogues : les troncs nerveux étaient plus grêles à gauche qu'à droite, mais les fibres nerveuses y étaient normales. La moelle fut trouvée à peu près saine : le nombre des cellules des cornes antérieures était à peine diminué du côté gauche.

Il s'agissait donc ici d'une altération distincte de ce qu'on voit dans les autres amyotrophies : d'une atrophie musculaire *numérique*.

—
Sémiologie et traitement de la polynévrite sénile, par

H. OPPENHEIM.

L'auteur admet l'existence d'une forme particulière de névrite périphérique multiple, la *polynévrite sénile*, entrevue déjà par quelques auteurs, et qui paraît être en rapport avec l'état qu'Empis a décrit, en 1862, sous le nom d'« affaiblissement musculaire progressif chez les vieillards. »

Il a recueilli six observations, 5 H. et 1 F.

Il s'agissait d'individus âgés de 70 à 82 ans, plus ou moins amaigris et présentant tous les signes de l'artériosclérose, mais sans trace de marasme, chez lesquels sont survenus lentement des troubles progressivement croissants de la motilité et de la sensibilité au niveau des membres supérieurs et inférieurs, notamment dans les mains et les pieds et surtout dans les doigts et les orteils. Les symptômes douloureux manquaient ou étaient peu accusés. En revanche, il existait généralement un certain degré de prurit. La température était normale. On constatait, en outre, une faiblesse musculaire générale et des parésies dans le domaine de certains nerfs des membres supérieurs et inférieurs (surtout des nerfs péronier et tibial postérieur), accompagnées d'atrophie et de réaction de dégénérescence. Les muscles et les nerfs lésés étaient sensibles à la pression, mais cette sensibilité était en général peu prononcée. Chez cinq de ces malades les réflexes rotuliens manquaient complètement. Les membres atteints présentaient, surtout à leurs extrémités, un certain degré d'hyperesthésie. Il y avait un peu de tremblement qui pouvait être mis sur le compte de la faiblesse sénile. On n'observait rien de particulier dans le territoire des nerfs crâniens, et les fonctions de la vessie et du rectum ne présentaient non plus rien d'anormal. Il n'existait ni ataxie, ni aucun autre signe de lésions médullaires. La maladie a toujours évolué très lentement, avec une tendance marquée aux rémissions.

Les particularités caractéristiques de la polynévrite sénile permettant d'en établir à première vue le diagnostic différentiel d'avec d'autres affections plus ou moins similaires sont, d'après O., les suivantes : l'âge avancé des malades ; l'absence des antécédents d'intoxication et d'infection qui, comme l'on sait, sont les facteurs étiologiques des polynévrites ordinaires ; la marche éminemment chronique de l'affection ; l'absence ou l'insignifiance des symptômes douloureux ; le caractère partiel des paralysies et anesthésies (parésie et hyperes-

thésie et non pas paralysie et anesthésie); enfin, l'intégrité des nerfs crâniens.

Le pronostic de la polynévrite sénile est relativement bénin, à cause de sa marche très lente et de ses tendances aux rémissions. O. a obtenu chez deux malades une amélioration considérable pouvant être presque considérée comme une guérison complète; un troisième fut simplement amélioré; chez deux autres l'état est resté stationnaire; dans le dernier cas, le mal s'est aggravé.

Comme traitement, l'enveloppement humide des membres atteints, la galvanisation, le repos et une alimentation analeptique ont exercé chez les malades de O. une influence manifestement favorable. Les stimulants alcooliques ne sont nullement à craindre dans cette forme de névrite et doivent être employés à titre de toniques.

Deux observations de névrite périphérique traumatique, par
PITOT (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest, 1893*).

1° Il s'agit d'un soldat qui fit, sur le dos, une chute d'une hauteur de 4 à 5 mètres, à la suite de laquelle il présenta, mais pendant quelques instants seulement, de la paralysie des membres inférieurs et, plus tard, un peu d'hyperesthésie de ces membres, surtout à droite. A la région du dos on ne voyait pas d'ecchymose, mais la pression exercée au niveau de l'apophyse épineuse de la onzième vertèbre dorsale était douloureuse. Tous ces phénomènes morbides ne tardèrent pas à se dissiper, de sorte que le malade fut considéré comme guéri. Mais, au bout de quelques mois, il revint avec des douleurs à la région lombaire, de la faiblesse et de l'atrophie de la jambe droite. Il fut reconnu impropre au service militaire. C'était un cas de névrite périphérique consécutive à une contusion de la moelle au niveau de la onzième vertèbre, névrite qui s'était développée dans les régions innervées par le plexus sacré (dont les origines se trouvent au-dessous de la onzième vertèbre) en laissant indemne le domaine du plexus lombaire (dont les origines sont au-dessus de la onzième vertèbre).

2° Un jeune soldat, toujours bien portant jusque-là, se fit, en tombant de cheval, une entorse des articulations des première et deuxième phalanges du médius et de l'annulaire de la main gauche. Malgré le peu de gravité de cette lésion et un traitement approprié, d'abord par l'immobilisation, puis par le massage, on vit bientôt survenir chez le patient tous les symptômes d'une névrite ascendante, qui ne firent que s'aggraver par la suite. Au bout de quelques mois le malade présentait les phénomènes suivants :

Les doigts sont raides, amincis vers le bout; toutes leurs jointures

sont plus ou moins ankylosées, les ongles sont incarnés et d'une couleur jaunâtre. Le dos de la main est le siège d'un gonflement œdémateux; la peau en est lisse et froide. Les éminences thénar et hypothénar, ainsi que les muscles de l'avant-bras, sont considérablement atrophiés. Le membre est le siège de douleurs lancinantes et présente une diminution notable de la sensibilité. La peau de l'avant-bras est sèche, ichtyosique. Les autres parties du corps présentent aussi de l'ichtyose, mais à un moindre degré que le bras gauche. Au dire du malade, l'ichtyose se serait développée chez lui depuis qu'il est au régiment, mais elle aurait augmenté après la blessure.

P. fait observer que, si la névrite traumatique affectait souvent cette marche ascendante, il n'y aurait pour ainsi dire pas de blessure légère. Or, les faits de névrite traumatique ascendante sont en somme rares. Pour les expliquer, il faut donc faire intervenir, outre le traumatisme, une certaine prédisposition du malade pour ce genre d'affection. Ainsi, le malade de l'auteur avait été atteint, quelque temps avant l'accident, d'ichtyose, affection considérée actuellement comme un véritable trouble trophique, une trophonévrose. Ce malade se trouvait donc, au moment de sa blessure, en état d'imminence morbide pour la névrite. L'entorse n'a été chez lui que la cause déterminante et non la cause pathogénique vraie de tous les accidents qu'il a présentés dans la suite.

Un cas d'hématophobie, par GELINEAU (Réun. ann. de la Soc. d'hypnol. et de psychol., 1893).

Beaucoup de personnes émotives éprouvent une angoisse très pénible lorsqu'ils voient couler le sang et, dans certaines familles, tous les membres sont atteints de cette phobie spéciale. Il existe également nombre de neurasthéniques chez lesquels il suffit de parler de sang répandu pour amener le retour de l'angoisse. Cette phobie n'a rien de particulier, si on la compare aux autres phénomènes d'anxiété de la neurasthénie, que son extrême fréquence. Le processus de son apparition est le même.

Dans le cas, observé par G., la vue d'une seule goutte de sang déterminait une anxiété et un état vertigineux allant jusqu'à la perte de connaissance et simulant l'attaque d'épilepsie.

Sur un cas de claustrophobie, par GORODICHZE (Réun. ann. de la Société d'hypnol. et de psychol., 1893).

Une femme de 38 ans, manifestement dégénérée, était devenue neurasthénique depuis treize ans, à la suite de surmenage.

Depuis dix ans, cette femme ne pouvait entrer dans une église, un musée ou un monument public, sans être immédiatement prise de la peur des lieux clos. Pour la même raison, elle dut renoncer à voyager en chemin de fer, à cause des tunnels qu'on est exposé à traverser. Elle est également sujette à l'*acrophobie*, ou peur des hauteurs.

Après avoir essayé sans succès un grand nombre de traitements, elle consentit à se soumettre à la suggestion hypnotique. On eut recours à une suggestion lente et graduelle, car la brusquerie et l'autorité compromettent souvent le succès auprès des neurasthéniques. Au bout d'un mois de traitement, les symptômes morbides disparurent complètement; ils n'ont pas encore reparu, dix mois après la guérison.

Sur un cas d'arthropathie tabétique des deux hanches, par LONDE
(*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1893).

Charcot a rapporté l'observation d'un homme dont le tabes a débuté à l'âge de 28 ans par une arthropathie double et en quelque sorte simultanée des deux hanches. L. a observé dans le service de Charcot un nouveau cas du même genre.

Le sujet dont il s'agit, était âgé de 41 ans. Sa maladie a débuté en 1884 par des fourmillements, des douleurs en éclair.

En 1889, la hanche gauche s'est entreprise, puis en 1891, la hanche droite.

Parmi les symptômes qui, chez ce malade, ont coïncidé avec la double arthropathie, il en est un qui mérite une mention particulière : ce sont les crises gastriques. Sur cinq cas d'arthropathies doubles, deux fois, il y avait des crises gastriques, dans l'observation d'Audibon et dans le cas publié par Bourneville et par Forestier.

En y joignant l'observation de L., on aura dans la moitié des cas la coïncidence des deux phénomènes. Par contre, les troubles de la sensibilité aux membres inférieurs ne paraissent pas fréquents dans ces cas. L. ne les a relevés que dans l'observation de M. Raymond où il existait une anesthésie presque complète des deux jambes.

Au point de vue étiologique, il faut noter l'absence de syphilis chez le malade, bien que L. l'ait recherchée attentivement.

X. F.

Un cas de gangrène symétrique, par H. KÖSTER.

La gangrène symétrique telle que Reynaud l'a fait connaître, est, comme chacun sait, un processus assez souvent observé. Par contre,

l'apparition de phénomènes analogues en d'autres parties est assez exceptionnelle. C'est un exemple de cette espèce qui fait l'objet de la publication de Köster. Une servante de 23 ans, jusque là bien portante, sans prédisposition neuropathique, fut prise subitement, sans fièvre, ni frisson, sans cause connue, de douleurs à la face postérieure des deux avant-bras; en cette région, il se produisit en même temps une rougeur et une induration portant sur une surface de 4 à 5 centimètres de diamètre. Quelques jours plus tard, le centre de ces parties indurées qui avaient pris peu à peu de l'extension, devint noir et au moment de l'admission, on se trouvait en présence de deux foyers de tissu gangrené, parfaitement symétriques. L'extension de ces foyers comportaient 10 à 12 centimètres dans le sens de la longueur du membre, 3 à 6 centimètres dans le sens de la largeur. Les tissus avoisinants étaient un peu hyperémiés et infiltrés; sur les parties mortifiées, la sensibilité faisait défaut; elle était un peu exagérée tout autour. Motilité intacte. Les premiers jours, un peu d'élévation de température. Après l'élimination des escharres, il resta des pertes de substance qui se comblèrent lentement.

La cause de cette gangrène est restée ignorée. Ce qu'il y a de plus plausible, c'est d'admettre une lésion centrale : l'absolue symétrie plaide en faveur de cette opinion; les douleurs et l'anesthésie sont sans doute la conséquence d'une névrite périphérique secondaire.

X. F.

*Contribution à l'étude de la maladie de Basedow, par MÜLLER
(Deutsches Arch. f. klin. Med., 1893).*

Les faits publiés par M. sont au nombre de cinq, et quatre d'entre eux diffèrent notablement de la plupart des cas de maladie de Basedow, par la rapidité de leur évolution. En effet, dans ces quatre cas, la maladie évolua en un espace de temps variant de six semaines à trois mois et demi et se termina trois fois d'une manière fatale.

Dans ces quatre cas, les symptômes du goître exophtalmique étaient caractéristiques : palpitations du cœur, exagération du choc précordial, accélération du pouls. Le goître et l'exophtalmie ne furent pas très prononcés.

Le symptôme de de Graëfe n'a été observé que deux fois, la pigmentation du visage a été également notée dans deux cas et elle était surtout prononcée au niveau de la bouche et des yeux. Une sensation de chaleur extrêmement prononcée se manifestant par une apparence congestive de la face, des sueurs profuses accompagnées d'élévation de la température, ont été observées chez tous les malades de M. Il en était de même du tremblement, de l'amaigrisse-

ment (si excessif dans un cas qu'une malade perdit 33 livres de son poids en un mois et demi), de la faiblesse et de la lassitude générales qui forçaient, au bout de peu de temps, les malades à rester constamment couchées.

Des vomissements ou de la diarrhée furent notés chez trois malades; dans trois cas également, une modification de la voix, qui prit un timbre nasal très prononcé, des envies fréquentes de déglutir, de la parésie des cordes vocales permirent de parler de manifestations bulbaires du goître exophtalmique.

Enfin, dans tous les cas, il existait des troubles psychiques très prononcés, inquiétude et agitation extrêmes, insomnie ou sommeil incomplet, entrecoupé par des rêves terrifiants ou par de véritables hallucinations.

La cinquième observation a permis à M. de faire des recherches chimiques sur les processus digestifs et nutritifs, ainsi que des études histologiques complètes, la maladie s'étant terminée d'une façon fatale. Cette observation, contrairement aux quatre premières, n'a pas eu une marche très rapide; elle a néanmoins évolué dans l'espace de dix mois et s'est compliquée dans la dernière période d'une carie des sixième, septième et huitième vertèbres dorsales, fait très exceptionnel.

Les lésions anatomiques constatées jettent un jour nouveau sur la pathogénie du goître exophtalmique. Dans tous les cas, le nerf sympathique était normal et ne présentait aucune autre lésion qu'une pigmentation très prononcée des cellules ganglionnaires, mais cette altération n'a rien de spécial puisqu'on l'a constatée dans des conditions très différentes les unes des autres et qu'elle s'observe même chez des individus en bonne santé. Par contre, il existait dans plusieurs cas des lésions de la moelle allongée caractérisées surtout par de petits foyers hémorragiques plus ou moins récents et dont le siège le plus habituel était la région du noyau du pneumogastrique; dans un cas même, le tronc de ce nerf, des deux côtés, le récurrent et les nerfs cardiaques, mais à un degré moindre, présentaient des lésions prononcées de dégénérescence.

M. repousse la théorie qui veut expliquer toute la symptomatologie par des lésions du sympathique cervical; expérimentalement et cliniquement, les lésions provoquées ou spontanées de ce nerf ont des symptômes tout différents.

Par contre, un grand nombre de symptômes peuvent trouver leur explication dans l'existence de lésions de la moelle allongée et des noyaux bulbaires; l'accélération du pouls de la maladie de Basedow, que ne modifie pas l'administration de la digitale, n'est-elle pas bien plus en rapport avec une paralysie du pneumogastrique qu'avec une

excitation du sympathique? n'en est-il pas de même des troubles vaso-moteurs, presque toujours généralisés à toute l'étendue du corps, tandis qu'ils se localisent en certaines régions, dans les lésions du sympathique cervical? On s'expliquerait encore de cette façon, par des lésions bulbaires, les troubles de la calorification, ces élévations de température que l'on observe, sans fièvre proprement dite, au cours de la maladie de Basedow, l'action paradoxale des sels de quinine, qui souvent, en pareil cas, déterminent une nouvelle élévation de la température.

De même la glycosurie, la polyurie qui ne sont pas en réalité des symptômes rares du goître exophtalmique, s'expliqueraient, en admettant l'origine bulbaire de cette névrose; enfin, on signale, pour appuyer cette théorie, l'existence de paralysies oculaires, de l'ophtalmoplégie externe ou même de paralysie faciale au cours de la maladie de Basedow, ou encore la coexistence de celle-ci avec d'autres affections médullaires, telles que le tabes, etc.?

Malgré toutes ces raisons si séduisantes, M. pense qu'il n'y a pas de localisation possible; l'agent pathogène peut déterminer des troubles bulbaires, mais pas plus que dans l'alcoolisme, le saturnisme, l'iodisme, il ne se localise en un point; il fait sentir son action sur tout le système nerveux périphérique, médullaire ou cérébral. Les troubles intellectuels et psychiques, le délire, ne sont-ils pas les manifestations extérieures des altérations dynamiques ou organiques des centres cérébraux?

Deux facteurs entrent en jeu dans la maladie de Basedow : une *disposition névropathique innée ou acquise (frayeur, misère, chagrin, etc.)*, et une *lésion du corps thyroïde*.

L'altération du corps thyroïde, son anomalie de fonctionnement est indiscutable; peu importante que cette glande soit peu ou pas hypertrophiée : on ne juge pas toujours du fonctionnement d'un organe par son volume, et c'est là un caractère d'ordre secondaire. Les rapports du myxœdème avec certains cas de goître exophtalmique, les résultats indiscutables obtenus, au cours de la maladie de Basedow, par l'extirpation du goître, les cas de cette névrose survenus chez des individus porteurs d'un goître ancien sont des raisons qui, militent en faveur du rôle prépondérant du corps thyroïde dans la pathogénie de cette maladie.

M. invoque encore : des raisons anatomiques, l'hyperplasie vraie, réelle du corps thyroïde que caractérise la multiplication des acini de la glande, et enfin l'augmentation du volume et du nombre de tous les ganglions lymphatiques de la région cervicale, augmentation qui ne ferait jamais défaut. L'agent irritant que produit le corps thyroïde serait la cause essentielle de ces adénopathies cervicales.

Les idées de M. demandent à être vérifiées et seront peut-être l'origine d'une thérapeutique nouvelle du goître exophtalmique.

Le Juif-Errant à la Salpêtrière. Étude sur certaines névropathes voyageurs, par A. MEIGE (*Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*).

De toutes les légendes populaires, celle du Juif-Errant est sans contredit une des plus universellement répandues. La mystérieuse figure du *Marcheur Éternel* a toujours séduit le peuple; d'ailleurs, les romanciers, les poètes, les érudits, les peintres ont commenté, reproduit sous mille formes, ses traits immuables et saisissants.

Ce juif célèbre, ce voyageur barbu que rien ne pouvait retenir dans ses pérégrinations interminables, les médecins n'y prenaient pas garde. Quel intérêt pouvait-il avoir pour eux?

Or, dans une de ses leçons du mardi à la Salpêtrière, Charcot rapportant l'histoire d'un nommé Klein, israélite hongrois : « Je vous le présente, dit-il, *comme un véritable descendant d'Ahasverus ou Cartophylus*, comme vous voudrez dire. Le fait est qu'à l'exemple des névropathes voyageurs dont j'ai parlé, il est mû constamment par un besoin de se déplacer, de voyager, sans pouvoir se fixer nulle part. C'est ainsi que, depuis trois ans, il ne cesse de parcourir l'Europe, à la recherche de la fortune qu'il n'a pas encore rencontrée. »

Ce cas n'était pas isolé. Et M. a été amené à retrouver plusieurs exemples analogues parmi les Israélites cosmopolites qui viennent faire halte à la Salpêtrière.

C'est toujours la même histoire. C'est, très à peu près, toujours la même figure. Chaque année, on voit se présenter à la clinique de pauvres diables, misérablement vêtus. Leur face amaigrie, aux rides profondes et tristes, disparaît sous une barbe immense et jamais peignée. D'un ton lamentable, ils content une histoire pleine de douloureuses péripéties et si on ne les interrompait, il semble que jamais on n'en verrait la fin. Nés bien loin, du côté de la Pologne, ou au fond de l'Allemagne, dès leur enfance, la misère et la maladie les ont accompagnés partout. Ils ont fui le pays natal pour échapper à l'une et à l'autre; mais, nulle part, ils n'ont encore trouvé le travail qui leur convient, ni le remède qu'ils cherchent. Et c'est après des lieues et des lieux parcourues à pied, sous la pluie et le vent, par le froid, et dans le plus affreux dénûment qu'ils viennent échouer à la Salpêtrière dont la renommée les attirait.

Comment ont-ils vécu pendant ces longs voyages? Rarement de leur travail : ils ne savent pas ou ne peuvent pas travailler. La charité publique et surtout les Sociétés philanthropiques juives ont

subvenu, de ville en ville, aux plus pressants besoins. D'ailleurs, ils se contentent de peu étant dénués de tout.

Presque tous ces Israélites sont des neurasthéniques renforcés, dressant la liste de leurs souffrances, et s'attardant à la lecture des sensations obsédantes qu'ils ont méticuleusement analysées et mises en notes : maux de tête tenaces, digestions pénibles, insomnies persistantes, douleurs erratiques dans le dos et les membres, etc.

Plusieurs, franchement hystériques, ont des attaques classiques, suivies parfois d'hémiplégies et d'hémi-anesthésies qu'une émotion, un traumatisme font apparaître ou disparaître. Mais, tous présentent en outre, un état mental spécial : ils sont obsédés constamment par le besoin de voyager, d'aller de ville en ville, de clinique en clinique, à la recherche d'un traitement nouveau, d'un remède introuvable. Ils essaient toutes les médications qu'on leur propose, avides de nouveautés ; mais bientôt ils les repoussent, inventant un prétexte futile pour ne plus continuer et, l'impulsion reparaissant, ils s'enfuient un beau jour, entraînés par un nouveau mirage de lointaine guérison.

N'oublions pas qu'ils sont juifs, et qu'il est dans le caractère de leur race, de se déplacer avec une facilité extrême. Chez eux nulle part, et chez eux partout, les Israélites n'hésitent jamais à quitter leur demeure quand il s'agit d'entreprendre une affaire importante, et en particulier, s'ils sont malades, pour aller à la recherche d'un remède efficace.

Toujours à l'affût des choses neuves et toujours renseignés de bonne heure, grâce à leurs relations cosmopolites, on les voit venir de tous les coins du monde pour consulter les médecins en renom. Un des leurs a-t-il été guéri ? Tous le saurons ; et, au cas échéant, chacun sera prêt à essayer du remède.

De plus, étant Israélites, ils sont particulièrement exposés aux manifestations de la névrose. C'est chose remarquable que la fréquence des maladies nerveuses dans la race juive. Chez elle, qu'il s'agisse l'épilepsie, d'hystérie, de neurasthénie ou de maladies mentales, la proportion est toujours considérable. Maintes fois, Charcot est revenu sur ce point et son expérience en cette matière est basée sur des centaines de faits.

Le premier Israélite voyageur qui l'ait frappé, était un marchand de tapis, venu de Bouk-Karah à Paris, il y a une quinzaine d'années et qui apparut un beau matin dans un costume étrange, vêtu d'une longue tunique noire, la taille serrée par une ceinture à boucle d'argent incrustée de turquoises, les cheveux à longues boucles, coupés suivant une forme spéciale et recouverts d'un petit bonnet persan. Il ne savait pas un mot de français et c'est par une lettre en hébreu qu'il fit voir, qu'on apprit sa religion et sa nationalité.

Il fut difficile de lui faire expliquer sa maladie. Il se plaignait surtout d'impuissance génitale et en était très affecté. Mais il est probable que le traitement qu'on lui donna fut efficace et que de retour dans sa patrie, il en fit grand éloge, car depuis cette époque, il ne se passa pas une année sans que M. Charcot ne vît venir à lui des Israélites du même pays et se plaignant des mêmes symptômes.

X. F.

Le délire des négations, par le Dr Éd. TOULOUSE (Gazette des Hôpitaux, 1893).

Avant Cotard, et jusqu'à Baillarger, on trouve signalées, çà et là, des idées délirantes de négation chez certains mélancoliques hypocondriaques, qui disent n'avoir pas de tête, pas de jambes, pas de cœur, mais sans que les auteurs y attachent une grande importance. Leuret, pourtant, donne une observation, où la malade nie avoir un nom, un âge, des parents. Esquirol rapporte cinq faits où le délire des négations paraît le symptôme le plus marquant. Macario, dans son mémoire sur la démonomanie, rapporte quelques idées de négation observées chez des *mélancoliques démonomanes*. Morel cite une malade, hypocondriaque, qui disait ne pouvoir ni manger, ni boire, ni dormir, qu'elle n'avait plus de cervelle pour penser, de cœur ni d'entrailles pour ressentir des émotions maternelles. Jusque-là toutes ces observations sont incomplètes. Baillarger, étudiant le délire hypocondriaque, cite des cas où les malades disent que leurs organes sont détruits et n'existent plus. Griesinger a très bien vu ces malades, dont Cotard, plus tard, a fait ses négateurs. Donc, jusqu'à cette époque, les idées de négation avaient été constatées. Mais on les rattachait simplement au délire hypocondriaque ou au délire mélancolique. Seul Baillarger y voyait un symptôme de début de la paralysie générale. Enfin Cotard, en poursuivant ses études sur les mélancoliques, fut amené à observer une malade dont le délire le frappa. Elle présenta d'abord de l'angoisse, se croyait damnée et courait chez les médecins et les prêtres demander des secours. Elle fit quelques tentatives de suicide, qui l'amènèrent à la maison de santé. Là, elle manifesta des idées de négation très étendues. Elle disait n'avoir ni cerveau, ni nerfs, ni boyaux, ni estomac, ni poitrine. Elle n'avait pas d'âme; Dieu n'existait pas, le diable non plus. En même temps, elle disait qu'elle vivrait éternellement et elle présentait de l'analgésie comme symptôme physique.

Cotard, après avoir relatées des observations analogues à la sienne, se demanda si on ne devait pas détacher de la mélancolie une forme morbide particulière. Deux ans après, il publia un travail sur le

délire des négations. Voici le résumé de sa description. Au début, les malades sont dans un état d'hypocondrie morale. Ils sont tristes, inquiets, assaillis d'idées à tendance mélancolique, s'accusent de méfaits imaginaires; ils sont damnés, possédés. A ce moment, ils sont poussés au suicide et tentent souvent de se mutiler. Puis les idées de négation apparaissent; ils n'ont plus de cœur, plus d'estomac, plus de sang, plus de cerveau; ils ne pensent plus, ils n'ont plus de sentiments d'affection, ils n'ont plus de volonté. Rien n'existe autour d'eux; la fleur qu'on leur montre n'est pas une fleur; l'âme, Dieu, la justice n'existent pas. Un des caractères de ces malades, c'est qu'ils s'accusent eux-mêmes, se distinguant ainsi des persécutés. Cotard insiste sur cette antithèse du persécuté et du négateur. Dans l'évolution de ces deux psychoses, des analogies apparaissent. Toutes les deux deviennent chroniques, et en arrivent à un stade mégalomaniaque qui emprunte au caractère de chaque malade une couleur spéciale. Le persécuté exprime un jour des idées de grandeur : il est puissant, de haute famille, riche, homme de génie. Le négateur, lui aussi, est une grande personnalité, mais dans le mal. Il est Satan; il est immortel pour pouvoir souffrir éternellement; il n'urine pas, de peur de causer un nouveau déluge; s'il mange, il va causer la fin du monde. Ainsi, dans cette mégalomanie, on retrouve en quelque sorte l'état d'âme du mélancolique; il est triste, funèbre, déplorable. Aussi Cotard propose, quelques années plus tard, de lui donner le nom de *délire d'énormité*.

Quoique Cotard n'ait pas nettement déclaré qu'il voulût édifier une entité morbide nouvelle, le délire des négations était créé. Séglas publiait, en 1884, un cas de mélancolie anxieuse avec délire des négations, très analogue aux observations de Cotard, dont il acceptait toutes les idées. Plus tard, il décrit la pathogénie des idées de négation.

Dans sa thèse sur le délire hypocondriaque, M. Journiac expose un cas de délire des négations (Obs. XIII) assez généralisé.

Une autre malade, observée par le même auteur (Obs. XIV), présente aussi des idées de négation avec des idées d'immortalité et d'énormité. « Son corps; disait-elle, est rempli même plus que la terre, qui est une planète (1). »

(1) M. Jules Dagonet a publié dans ce Bulletin (n° de juin 1891) une observation très intéressante de mélancolie anxieuse chronique avec perte du sentiment de la personnalité. La malade était une héréditaire, qui eut d'abord des accès intermittents de mélancolie anxieuse, puis qui manifesta un délire des négations nettement systématisé, et, point intéressant, paraissait s'acheminer vers la démence.

Enfin, la question du délire des négations fut discuté au Congrès de Blois. Camuset fit les conclusions suivantes :

Les idées de négation se rencontrent dans beaucoup de psychopathies. Il semblerait que les tares héréditaires et le sexe féminin soient les causes prédisposantes à leur apparition. Il existe bien quelques cas où le délire paraît avoir les caractères qu'a décrits Cotard, principalement l'évolution progressive, ainsi que les associations des idées de négation, de damnation, d'immortalité et d'énormité. Mais parfois, certaines de ces conceptions délirantes manquent, et le plus souvent elles n'apparaissent pas dans l'ordre établi par Cotard. Certainement l'apparition des idées de négation est un symptôme grave de chronicité, mais leur signification est subordonnée à l'espèce nosologique, et aussi au terrain sur lesquels elles se sont développées. En résumé, s'il y a des idées de négation, il ne paraît pas y avoir un délire des négations formant une maladie distincte, à aspect et à évolution spéciaux.

Ces conclusions n'ont pas été acceptées par tous les congressistes. Charpentier croyait que Cotard avait été amené par l'analogie des deux termes, délire des négations et délire des persécutions, à opposer l'un à l'autre; Garnier ne voyait pas dans les idées de négation, survenant fréquemment dans la mélancolie, un caractère suffisant pour en constituer un délire nouveau; Séglas et Falret défendaient les idées de Cotard; Régis, Vallon et Carrier apportaient des observations nouvelles. Enfin, Ballet citait un fait où les idées de négation survenaient d'une façon précoce.

Enfin, récemment Arnaud, adoptant les idées de Cotard, publiait une observation à propos de laquelle il insistait sur l'évolution progressive et la systématisation des idées de négation. T. a aussi relaté le cas d'une malade, âgée de 62 ans, à antécédents héréditaires très chargés, qui, après deux courts accès antérieurs, est tombée il y a sept ans dans un état de mélancolie anxieuse. A peu près au début de ces accès sont apparues des idées de négation qui, aujourd'hui généralisées, portent sur toute l'organisation physique et mentale de la malade. T. observe actuellement une autre négatrice⁽¹⁾, dont l'histoire est intéressante en ce que le délire des négations s'est montré moins de six mois après le début des troubles mélancoliques.

Le délire des négations est-il une entité morbide?

Établissons d'abord ce qu'on entend par entité morbide en aliénation mentale. A part la paralysie générale, toutes les psychoses,

(1) Cette observation a été publiée dans le dernier numéro de notre Bulletin.

tributaires réellement des aliénistes, ne sont que des syndrômes. Si l'on veut bien ne pas se faire illusion sur des recherches et des travaux patients, témoignant parfois d'un esprit très fin, mais en définitive vains, parce que la matière est ingrate et ne livre pas facilement ses secrets, on reconnaîtra avec sincérité qu'il n'est pas une seule maladie mentale, dont on puisse dire : on la décrira dans cinquante ans comme nous la décrivons aujourd'hui. On a d'ailleurs si bien compris que la morphologie du délire est une base trop fragile pour soutenir une classification, que l'on a cherché autre chose, et que l'on s'est rabattu sur l'hérédité psychopathique si bien qu'il n'y a eu peu à peu, pour certains aliénistes, que deux classes de malades, les héréditaires ou dégénérés et ceux qui ne l'étaient pas. Mais comme cette dernière classe menaçait d'être réduite à zéro, on a cherché une orientation nouvelle, les uns en utilisant les ressources de la psychologie physiologique, d'autres, en revenant tout simplement aux méthodes légitimes de la médecine, qui est avant tout une science naturelle, et en étudiant les troubles des humeurs et des organes, c'est-à-dire les lésions matérielles objectivables par des instruments dénués de toute doctrine.

Jusqu'à présent, au point de vue nosologique, on en est toujours à décrire des observations, groupées d'une façon plus ou moins artificielle. Mais la psychiatrie n'est pas encore une science ayant une méthode propre et ayant atteint des résultats positifs. Ce qui restera probablement, ce sont ces observations psychologiques, décrivant avec beaucoup d'art des troubles purement mentaux. Les cadres actuels seront brisés; mais il restera quand même des persécutés, des mélancoliques anxieux, et peut-être aussi des négateurs. Leurs délires seront rattachés à des lésions plus générales, qui permettront d'établir des groupements peu naturels; ils pourront être aussi expliqués par un mécanisme physiologique que l'on ne prévoit pas, mais, en tant que syndrômes psychiques, ils demeureront à peu près tels qu'ils sont.

A ce point de vue, T. croit qu'il y a un délire des négations, c'est-à-dire une classe de malades, ordinairement des mélancoliques, qui présentent, à un moment de leur psychopathie une forme du délire, qui les porte à nier les éléments de leur moi et du moi extérieur, est de forme envahissante et systématique, absorbe peu à peu toutes leurs facultés intellectuelles, suppose des troubles de la personnalité à mettre en lumière par des procédés appropriés, et qui, pour toutes ces raisons, exige qu'on l'étudie dans ses manifestations et dans son mécanisme. Envisagée de cette manière, l'existence du délire des négations ne peut être infirmée. On réserve cette question métaphysique de l'entité, qui est insoluble actuellement.

Les idées de négation, au lieu d'être réunies en système, de montrer une cohésion parfaite et de jouer le premier rôle du drame délirant, se présentent parfois sous un aspect diffus, sans lien logique. Elles ne constituent pas le délire des négations, tel que l'a conçu Cotard, mais seulement des épisodes dans d'autres états psychopathiques. Aussi, dès l'abord, Cotard les avait distinguées des premières. Cette séparation est nécessaire, bien qu'au point de vue pathogénique, il sera peut-être utile de les réunir pour leur appliquer le même processus psychologique.

Les *paralytiques généraux* manifestent souvent des idées de négation, qui empruntent à leur état mental spécial les caractères de niaiserie et d'enfantillage qui marquent toutes leurs pensées. Elles sont aussi très mobiles, incohérentes et contradictoires. La négation d'un jour sera oubliée le lendemain. Le malade dira qu'il n'a plus d'estomac et, loin de refuser la nourriture, comme un mélancolique, il l'acceptera sans aucune difficulté. La conscience de n'avoir plus d'organes essentiels à la vie le laissera absolument indifférent. T. se rappelle un paralytique général, qui, à plusieurs reprises, lui déclara qu'il n'avait plus de cœur. Cela était dit d'un petit ton tranquille, comme si le malade lui eût dit qu'il n'avait plus de tabac à fumer. Cependant, les idées de négation peuvent prendre, chez ces malades, une certaine extension et une certaine logique, et déterminer un état légèrement anxieux, même des impulsions au suicide. Chez les *déments séniles ou à lésion circonscrite du cerveau*, on trouve quelquefois des idées de négation vagues, sans grande consistance. Elles se rapportent, par certains côtés, de celles des paralytiques. On a constaté aussi quelques idées de négation chez les *alcooliques*. Il semble que, lorsque les idées de négation apparaissent chez les éthyliques, c'est au moment où les symptômes propres à l'intoxication alcoolique ont disparu et ont fait place à un délire réveillé par le poison. A ce moment, on n'a plus affaire proprement à des alcooliques, mais à des aliénés quelconques, héréditaires le plus souvent, et dont les délires mélancoliques, de persécution ou autres, ne se ressentent plus guère de leur cause occasionnelle.

Les *débiles* manifestent parfois des idées de négation, qui, par la soudaineté de leur apparition, leur mélange à d'autres idées délirantes, ne sont que des conceptions morbides isolées, sans cohésion, et ne constituent pas ce qu'on est convenu d'appeler un délire systématisé, ou tout au moins fortement systématisé, comme chez certains persécutés et mélancoliques.

Dans les cas d'*idées de négation systématisées*, celles-ci, d'abord limitées à certains sujets, aux organes du malade, p. ex., s'étendent, s'extériorisent, constituent une tendance négative générale, qui

devient en quelque sorte le mode de cristallisation de la pensée du malade. Elles absorbent toutes ses facultés intellectuelles, empruntent des éléments à sa mémoire, à son imagination, et exercent leur influence même sur ses actes volitifs. A ce moment, ce délire forme bien un système, plus ou moins fortement constitué, qui est l'idée directrice principale de toutes les conceptions du malade, utilisant toutes les forces cérébrales de l'individu. C'est proprement le délire des négations.

Ce délire spécial a été observé chez les *mélancoliques* et les *persécutés*. Le mélancolique aura le délire des négations simple de Cotard; il sera anxieux, humble, s'accusant, poussé au suicide et tendant à revêtir ses idées de grandeur de couleurs tristes. Le persécuté, au contraire, restera ce qu'il est, rendra les autres responsables de ses sensations, nourrissant des idées de vengeance et d'homicide, orgueilleux toujours et, s'il devient ambitieux, l'étant dans le sens optimiste. Est-ce à dire que le délire des négations sera totalement différent, en tant que syndrome, du délire des négations des mélancoliques? Non; et si l'on relit le mémoire de Cotard, on acquiert la conviction que, pour lui, le délire des négations n'est qu'un syndrome, qu'il réalise sa forme simple (?) chez les mélancoliques, mais qu'il peut exister ailleurs, et notamment chez les persécutés. Séglas a exposé des idées peu différentes au Congrès de Blois. Il ne semble pas douteux que ce soit la manière la plus vraie d'envisager la question.

Qu'est-ce qui caractérise ce délire spécial? C'est la tendance négative, systématique et progressive. Les autres symptômes donnés par Cotard ont été mal interprétés. Ce dernier avait surtout en vue les mélancoliques négateurs, qui sont les négateurs systématiques les plus fréquents. Aussi dans les signes qu'il donne, il faut faire deux parts : ceux qui appartiennent à la mélancolie anxieuse, et ceux qui appartiennent au délire des négations propres. L'anxiété, les idées de damnation ou de possession, la propension au suicide et aux mutilations volontaires, l'algésie, et même les idées d'énormité, tout cela appartient à la mélancolie. On y chercherait vainement des caractères qui différencient ces symptômes de ceux que l'on retrouve chez la plupart des lypémaniques anxieux. Mais ce qui est nouveau, c'est l'apparition des idées de négation, leur systématisation, leur extension et leur prédominance au point qu'elles apaisent les autres idées mélancoliques ou leur donnent une direction nouvelle et augmentent l'anxiété, les impulsions au suicide et toutes les autres manifestations lypémaniques. A partir de ce moment, le malade n'est plus un simple mélancolique, il est entré dans une phase psychopathique nouvelle, il est devenu un négateur. On ne peut pourtant pas dire que les deux phases

vésaniques qu'il a traversées forment une seule maladie, une manière d'entité distincte de toutes les pseudo-entités psychopathiques, car la première phase a été un accès de mélancolie anxieuse banal, et la seconde phase est un délire spécial que l'on observe ailleurs, p. ex. chez les persécutés. Il est simplement survenu un syndrome psychique, qui, ses conditions d'existence étant réalisées, s'est développé, et, très envahissant, a monopolisé en quelque sorte les ressources délirantes du malade.

Si l'on se place sur le domaine clinique, on remarque que, comme Cotard l'a fait ressortir, ce sont les mélancoliques anxieux qui semblent offrir le terrain le plus propice au développement du délire des négations. La plupart des observations publiées concernent des malades de cette catégorie, généralement des femmes, qui sont, beaucoup plus que les hommes, sujettes aux accès lypémaniques. L'âge est très souvent le seuil de la vieillesse. Les antécédents sont généralement chargés, et au point de vue de l'hérédité, et au point de vue des accès vésaniques antérieurs, ordinairement de nature mélancolique. Le début est variable : très souvent il existe de la dépression psychique, l'hypocondrie morale de Falret. Les malades sont anéantis, ne peuvent plus travailler, manifestent une inquiétude vague, ne se sentent plus aucune énergie. Ensuite l'anxiété apparaît avec son cortège habituel d'idées de culpabilité, d'indignité, de craintes. Ils vont être condamnés; ce sont de grands scélérats, ils ont commis les plus vils méfaits. Il semble que les mélancoliques qui sont devenus négateurs, exagèrent plus que les autres encore les tendances lypémaniques à s'accuser, à déclarer qu'ils n'ont pas de sentiments moraux, qu'ils ont perdu toutes les bonnes qualités de l'homme. Des troubles de la sensibilité, des hallucinations de l'ouïe et aussi de la vue, des idées et des tentatives de suicide peuvent être dès ce moment constatées. Enfin, après quelques alternatives de stupeur et d'excitation, les idées de négation apparaissent. Parfois, elles surviennent d'emblée⁽¹⁾; et les adver-

(1) On a supposé que le début précoce serait en rapport avec l'hérédité chargée du malade. Or, comme le fait remarquer dans un autre travail, la plupart des négateurs ont des antécédents héréditaires nombreux et graves; et, d'autre part, on abuse vraiment de l'hérédité, qui devient l'*ultima ratio* de tout ce qui est incompréhensible en aliénation mentale. N'y a-t-il pas aussi une tendance inconsciente à constituer des variétés de délires des négations simplement pour faire pendant à celles des délires des persécutions? Ici et là, il y aurait des formes à évolution progressive observables chez des cerveaux sains, et des formes à marche irrégulière en rapport avec la dégénérescence mentale.

(Note de l'auteur.)

saires des idées de Cotard ont vu, dans cette différence, de début, un argument à opposer à ses conclusions. Pourquoi cela ? Il faut rechercher la cause de ces variations dans le terrain psychopathique du malade ou ailleurs, p. ex. dans la distribution ou l'intensité des troubles esthétiques ; mais ce n'est pas là une raison pour rejeter l'étude du délire des négations. D'ailleurs, tout ce qui est avant son éclosion appartient à l'histoire de la mélancolie et les différences d'aspect des malades n'ont pas à être expliquées ici. Ainsi les hallucinations manquent parfois ; d'autre part, il existe fréquemment des idées de damnation et de possession, mais souvent aussi elles sont absentes. La culture religieuse du sujet est vraisemblablement la cause de ces conceptions délirantes particulières, qui tendent à devenir aujourd'hui de plus en plus rares.

Enfin, les idées de négation ont apparu. Peu à peu, elles tendent à se généraliser. Tantôt elles portent sur la constitution physique et psychique du malade. Celui-ci dit ne plus avoir de bras, d'estomac ; son sang ne circule plus ; son cœur n'est plus à sa place normale ; il n'y a plus rien dans ses membres ; ce sont là des idées hypochondriaques de négation. Ou encore le malade dit avoir perdu ses facultés intellectuelles et morales ; il ne pense plus, il n'a plus de mémoire, il ne se représente plus rien ; son cœur est désormais fermé à tout sentiment affectueux, il n'a plus d'énergie et de volonté. Tantôt ces tendances négatives s'étendent au monde extérieur, physique et moral. Le sujet ne reconnaît rien de ce qui l'entoure. Une malade voyant son mari disait que ce n'en était que l'apparence. Les fleurs ne sont pas des fleurs, les tables ne sont que des formes de tables. Il n'y a plus de justice, d'âme, de monde, de Dieu. Il semble que ces idées de négation extériorisées soient moins fréquentes que les premières. Enfin, une conception délirante que l'on rencontre fréquemment chez ces malades, c'est celle d'être immortel, de ne pouvoir mourir. Cette idée de négation de la mort est généralement le corollaire de l'idée de négation de la vie. Les malades disent qu'ils ne vivent plus, comme ils affirment ne plus avoir d'os, de chair, de sang ; et, cependant, ils savent qu'ils ne sont pas morts, au sens matérialiste du mot. Ils continuent à souffrir, mais la conscience de cette nouvelle existence est tellement différente de celle qu'ils avaient auparavant, que cette survie est pour eux une sorte de mort. Et leurs tendances pessimistes leur font croire qu'elle ne se terminera pas. Ils sont donc immortels pour endurer éternellement leurs maux ; et, cependant, cette immortalité n'est déjà plus la vie normale et n'aura jamais le repos de la mort physique. Voilà ce que voulait dire une malade qui a observée et qui disait qu'elle était morte vivante. Parfois cette idée d'im-

mortalité est liée à une autre conception délirante. Une malade de Régis prétendait être en pierre et de ce fait ne pouvoir mourir. Aussi elle n'essayait pas de se suicider et se laissait parfois tomber lourdement sur le plancher, en disant qu'étant une statue de pierre elle était incassable. Une des malades de T. disait aussi qu'on ne pourrait pas la tuer : une balle de revolver ricocherait dans sa tête, *vide comme une armoire*.

En résumé, cette idée d'immortalité est complexe. La plupart des négateurs déclarent qu'ils sont morts, parce qu'ils n'ont plus les sensations de leur existence antérieure; mais, d'autre part, la conscience qu'ils ont de leurs souffrances et de leur état nouveau est une survie, mais une survie de cadavre, que rien désormais ne peut limiter. La malade que T. citait plus haut expliquait cela ainsi : « Ce qui reste de moi, c'est ce qui ne meurt pas, le squelette humain, ce qui est éternel enfin. » On voit, en outre, que ces idées d'immortalité, ou plutôt d'*éternité dans la mort*, s'étaient sur des conceptions élémentaires d'organes détruits, de fonctions physiologiques abolies; et, en cela, elles sont bien étroitement liées au délire des négations.

Lorsque les idées de négation sont devenues très étendues et fortement systématisées, la physionomie du malade est réellement spéciale. La conversation est monotone et présente toujours des tendances négatives qui coupent court aux questions qu'on lui pose. Rien n'existe que la conception qu'il n'y a rien; et cette conception est douloureuse. L'anxiété des mélancoliques négateurs, les seuls dont on puisse s'occuper actuellement vu la rareté des documents pour les autres aliénés, existe toujours et constitue le tempérament du malade. En général, les tentatives de suicide ne sont pas sérieuses à ce moment pathologique. Car la volonté est ce qui manque le plus aux négateurs. Parfois ils refusent de manger, parce qu'ils sont morts ou qu'ils n'ont pas de bouche. Cette tendance négative, portée maintenant dans les actes, peut aussi se généraliser; et l'on a ce que Guislain a appelé la folie d'opposition. Veut-on coucher les malades, les faire lever, les asseoir, les promener, ils ne veulent pas. Ils s'opposent à toutes les tentatives de les diriger par un refus absolu.

La vision mentale peut être altérée chez les mélancoliques négateurs; une malade que T. a observée présentait ce symptôme, qui est tributaire, en somme, de l'état mélancolique. On sait, depuis les travaux de Cotard que les anxieux et, en général, tous les mélancoliques sont sujets à avoir des troubles de la vision mentale. Ils ont de la difficulté à se représenter les formes visuelles, les physionomies des gens qu'ils ont connus et des rues qu'ils ont

souvent traversées; ils voient les objets, mais ne les reconnaissent pas ou très difficilement. Parallèlement il semble que l'on puisse trouver aussi la perte ou l'affaiblissement de l'audition mentale. Enfin, un symptôme que l'on constate aussi chez les négateurs, en tant que mélancoliques, c'est le *délire d'énormité*.

Chez certains anxieux, disait Cotard « l'idée d'être un grand coupable, d'avoir commis tous les crimes, d'être le diable, d'avoir une puissance infernale, etc., aboutit à une sorte de pseudo-mégalomanie ». Mais ces idées ambitieuses conservent toujours le caractère mélancolique. Au lieu que les persécutés s'enorgueillissent de leur puissance, de leur richesse, de leur force, les malades ne peuvent que déplorer cette triste grandeur dont ils sont revêtus. Au lieu d'être, comme les vieux persécutés, de grands personnages, empereurs, Dieu, ces mélancoliques sont Satan, l'Antéchrist, des esprits démoniaques. Un négateur observé par Régis devait 4 milliards; « c'était une richesse à rebours. » Une malade d'Arnaud disait que « ses excréments montaient jusqu'au ciel, qu'elle en rendait tous les jours de quoi remplir une ou plusieurs maisons. » Ils sont immortels, mais pour expier durement leurs crimes, leur corps se transforme dans l'horrible. « Une démonopathe immortelle s' imagine que sa tête a pris des proportions tellement monstrueuses qu'elle franchit les murs de la maison de santé et va jusque dans le village démolir, comme un bélier, les murs de l'église. » Cotard n'a vu dans ce délire d'énormité qu'un symptôme survenant chez des anxieux, et indiquant une chronicité probable. C'est donc à tort qu'on lui a prêté l'intention de faire de cette mégalomanie, de nature particulière, un stade dans l'évolution progressive du délire de négation, comparable au stade des idées de grandeur survenant chez les anciens persécutés. Des faits déjà publiés, il paraît évident que ces idées d'énormité font partie de la mélancolie; si elles se rencontrent assez souvent chez les négateurs, c'est que ceux-là sont surtout des mélancoliques. Mais on ne peut pas admettre qu'elles constituent une période du délire des négations, analogue à la période mégalomaniacale du délire des persécutions. Il faut ajouter que, parfois, ces idées d'énormité se transforment en véritables idées de grandeur.

L'état physique des négateurs a encore été mal étudié. Outre des troubles banals de la mélancolie, on a signalé souvent de l'analgésie. Une des deux malades que T. a observées, non hystérique, avait un affaiblissement considérable des trois formes de la sensibilité (tact, température, douleur) paraissant limité aux membres supérieurs et à la tête, et ses idées de négation portaient principalement sur cette région du corps. Il aurait été intéressant

de rechercher les rapports possibles entre ces deux ordres de phénomènes, les troubles esthésiques et les idées de négation, et de rechercher si cette anesthésie ne pouvait pas être rapprochée de l'anesthésie hystérique, c'est-à-dire être un trouble de la perception. Mais l'examen de ces malades est des plus délicats. Ces derniers sont souvent portés à nier des sensations provoquées et, guidés par leurs idées délirantes, se montrent peu dociles.

L'examen des fonctions sensorielles des négateurs paraît avoir été fréquemment oublié et, quand il a été pratiqué, il n'a pas permis d'observer de lésions, du moins de lésions facilement constatables par les procédés rapides et simplifiés de la clinique ordinaire.

L'évolution du délire des négations semble être chronique. Cependant le nombre des observations est encore trop restreint, pour qu'on puisse en déterminer des règles précises ou seulement approchées. Certains malades guérissent, d'autres non. Parfois, on observe des rémissions, quelquefois le type est continu. Il semble cependant logique d'admettre que l'évolution du délire des négations, qui n'est qu'un syndrome, est liée au fonds mélancolique ou autre et au terrain sur lequel il se greffe. La marche progressive, partant de l'anxiété, passant par la systématisation des idées de négation, et aboutissant à la démence par le délire d'énormité, paraît être un hasard de l'évolution.

Comment expliquer l'origine et la pathogénie des idées de négation? Ce problème est encore loin d'être résolu, malgré les essais de Cottard et de Ségla. Les malades nient les éléments de leur organisation physique et psychique. Ils n'ont pas de cœur, pas de cerveau, pas de pensée, pas de volonté. Ils nient aussi l'existence des objets extérieurs. Voilà le fait fondamental. Mais il est important de faire remarquer comment se fait cette négation. Elle n'est pas absolue en général. Si on dit aux malades : « Vous avez pourtant bien des yeux; cette table est bien là près de vous, » ils répondent : « Ce ne sont pas des yeux, puisqu'ils ne bougent pas, ceci n'est que l'apparence d'une table. » Très souvent, ils disent qu'ils ne reconnaissent plus les choses qui les entourent et qu'ils se sentent eux-mêmes changés. Ces deux idées, ils les expriment de cent manières différentes. Il semble donc qu'il y ait chez eux un trouble de la personnalité, qu'ils ne reçoivent plus des diverses parties de leur organisation physique, intellectuelle et morale, des sensations et par conséquent des états de conscience identiques à ceux du passé, et qu'ils ne perçoivent plus les objets extérieurs comme auparavant. Ne reconnaissant plus leurs organes, leurs idées, leurs sentiments, ni les objets extérieurs, ils les nient. Cependant il ne se forme pas une nouvelle personnalité, car les états de conscience nouveaux sont

unis aux anciens et ces liens empêchent tout dédoublement psychique. C'est ce que signifient ces paroles d'un malade : « Tout reste le même et tout est changé. » Parfois, pourtant, ces liens disparaissent et l'on a une personnalité nouvelle, qui coexiste avec la première. C'est là le mécanisme des idées de possession : le malade est envahi par un esprit, un démon, une autre personne qui le fait agir ou parler. Cette altération de la personnalité, que l'examen psychique des malades rend vraisemblable, suppose donc des troubles de perception cœnesthésique et externe. Quels sont-ils ? On sait que l'idée de personnalité, d'après la plupart des psychologues physiologistes, est surtout donnée par ces mille sensations de nos organes, de nos tissus, de nos cellules, qu'on appelle cœnesthésiques. Les sensations externes, fournies par les sens spéciaux, la vue, l'ouïe, etc. ne jouent, dans ce phénomène psychique, qu'un rôle accessoire. Or les négateurs et principalement les mélancoliques négateurs ont des troubles de la respiration, de la circulation, de la nutrition en général, qui doivent être certainement les causes de changements cœnesthésiques et par suite de l'altération de la personnalité portant sur la constitution des malades. Ceux-ci, recevant de leur cœur, de leur circulation, de leurs membres, des sensations nouvelles et altérées, se disent changés et en arrivent à nier des parties de leur corps, qu'ils ne reconnaissent plus. Il serait désirable que l'on connût mieux les lésions de la nutrition capables de provoquer ces idées de négation par leur retentissement sur la personnalité psychique, et surtout que l'on pût explorer la cœnesthésie comme les autres sensibilités. Quoi qu'il en soit, l'hypothèse qui unit ces trois éléments : altération nutritive, perversion de la cœnesthésie et idées de négation par troubles de la personnalité, paraît assez vraisemblable. C'est, à défaut de meilleures, la seule acceptable qu'on puisse offrir.

Mais il reste à expliquer l'apparition des idées de négation portant sur le monde extérieur. D'abord il est remarquable que les fonctions sensorielles ne paraissent pas atteintes, tout au moins objectivement. Le malade qui dit qu'un encrier n'est pas un encrier a une acuité visuelle normale ou presque normale, reconnaît les couleurs et ne présente aucun trouble grave de la vue. Il en est ainsi pour tous les sens. La plupart des observateurs sont d'accord là-dessus. Les négateurs visuels, auditifs et autres, voient, entendent et sentent en général d'une façon normale ou presque normale. Seule la sensibilité à la douleur a été signalée comme obnubilée, ainsi que chez la plupart des mélancoliques. Les malades interrogés répondent qu'ils se rendent bien compte des objets extérieurs. Il faut donc chercher la lésion plus haut que dans la perception sensorielle brute, c'est-à-dire dans les centres de perception psychique.

Un symptôme fréquent chez les mélancoliques et signalé chez les négateurs, la perte de la vision mentale, met sur la voie de l'explication. Certains malades ont perdu totalement ou partiellement la faculté de se représenter les objets vus autrefois; de même ceux qu'ils voient actuellement n'éveillent plus les images visuelles analogues qui servent à les reconnaître. Il y a effacement de ces dernières et consécutivement, malgré l'intégrité de l'appareil sensoriel, les formes visuelles ne peuvent plus être classées et reconnues que très difficilement et, partant, sont niées, de cette négation particulière qui est surtout un défaut de reconnaissance.

Si l'on généralise, on en arrivera à admettre qu'il doit y avoir effacement des images auditives, gustatives, olfactives et tactiles, et probablement aussi cœnesthésiques, c'est-à-dire de tous les résidus des sensations antérieures. Ces malades paraissent ainsi étonnés de ce qu'ils voient, de ce qu'ils entendent, de ce qu'ils touchent, de ce qu'ils sentent. On peut les comparer à des amnésiques verbaux : de même, les individus atteints de cécité verbale, p. ex., voient les signes écrits, c'est-à-dire des lignes noires sur du papier blanc, mais ne sont plus capables d'établir les rapports existant entre ces signes et les idées qu'ils représentent. Ils diront : « Je vois bien des jambages, mais je ne sais plus ce que cela signifie. » Comme eux, les négateurs déclareront qu'ils ne comprennent plus ce qui les entoure, que le monde extérieur n'a plus de sens pour eux. Et cependant ils sont capables de percevoir les propriétés élémentaires des corps, ils en voient la forme et la couleur, ils en sentent les odeurs, ils en entendent les bruits. Ce qui leur manque, c'est le pouvoir de faire la *synthèse* de ces sensations, c'est de les rapprocher d'autres analogues, c'est de les transformer en une idée, celle du corps perçu. Ce qui est lésé chez eux, c'est la perception mentale. Mais il n'y a pas disparition complète de toutes les images antérieures semblables; quelques-unes peuvent encore être réunies aux nouvelles et permettre, dans une tentative de synthèse imparfaite, une reconnaissance vague, suffisante pour que le sujet nie, car lorsqu'il dit : « Ceci n'est pas une fleur, elle n'en a l'apparence » il faut bien admettre qu'il entrevoit ce qu'est une fleur d'abord et aussi que l'objet qu'on lui montre a des qualités qui le rapprochent de la fleur.

Tout cela est d'une analyse délicate et ne s'adresse qu'à un groupe de négateurs. Mais il faut bien essayer des explications, fussent-elles provisoires, ne serait-ce que pour diriger les recherches et servir de jalons à l'étude. Cette question de pathogénie psychologique repose, en dernière analyse, sur l'étude de troubles purement physiologiques. On a vu, en effet, que tout se réduit aux troubles nutritifs, si fréquents chez les mélancoliques négateurs. Par eux, les sensations

anesthésiques sont altérées, la personnalité du malade est atteinte, désagrégée, allant parfois jusqu'à se dédoubler. Par eux, la vision, l'audition et probablement toutes les perceptions mentales sont affaiblies; et la faculté de synthèse est ébranlée. C'est alors que les sensations internes différentes entraînent des illusions et des idées de négation portant sur le domaine de l'organisation physique et psychique; et aussi que les sensations externes sont insuffisantes à éveiller des images synthétiques nettes; ce qui détermine des idées de négation dans la sphère du monde extérieur. Si l'on s'adresse à la clinique seule, on voit que cette théorie est, dans bien des points, confirmée par l'observation des malades. On sait combien sont fréquents chez les mélancoliques, surtout les anxieux, les troubles de la nutrition et consécutivement les altérations de la personnalité, avec ou sans dédoublement du moi. La perte de la vision mentale a été, dans ces derniers temps, signalée très souvent chez ces malades. Cette conscience d'être transformés physiquement et moralement, et qui est le prélude des idées de négation, la plupart des mélancoliques l'ont exprimée. Presque tous les auteurs ont signalé cet état. Les malades (les hypocondriaques moraux) sentent que tout est changé en eux et au dehors, et se désolent de ne plus apercevoir les choses à travers le même prisme qu'autrefois. On comprend très bien que les mélancoliques soient des négateurs, et que Cotard, voulant décrire le délire des négations, ait eu surtout en vue les lypémaniaques. Ces derniers présentent, en effet, le terrain le plus propice à l'évolution de ce syndrome : troubles physiques, altération de la personnalité et de la perception mentale. Mais on comprend aussi que d'autres malades puissent, en réalisant les conditions d'apparition de ce phénomène, présenter aussi du délire des négations, plus ou moins systématisé, selon leurs facultés syllogistiques propres. Ainsi les persécutés, sujets aussi à l'altération de la personnalité, paraissent aussi aptes à devenir des négateurs. On a vu plus haut qu'ils diffèrent des mélancoliques surtout par leur attitude. Mais en somme, le délire des négations peut parfois devenir chez ceux-là envahissant, systématique, et ressembler par ces caractères à celui des mélancoliques. La pathogénie physio-psychologique doit être la même. C'est un chapitre à faire.

Si l'on considère les idées de négation des paralytiques généraux, on est obligé d'admettre qu'elles ne diffèrent pas, en tant qu'origine, du délire des négations des mélancoliques. Chez les paralytiques, les lésions de la nutrition sont très considérables. Il n'est donc pas étonnant que la personnalité du malade soit secondairement altérée, et que le délire hypocondriaque trouve là une matière à son développement. Les idées de négation ne peuvent pas se systématiser, comme

chez les mélancoliques et les persécutés ; car, l'affaiblissement total des facultés est là un obstacle à tout délire logique et solidement coordonné. Les idées de négation qui surviennent chez les déments sont trop proches de celles des paralytiques, pour ne pas leur appliquer les mêmes considérations pathogéniques.

Donc, les idées de négation non systématisées et celles qui constituent le délire de Cotard semblent se rattacher à la même étiologie. La systématisation serait en rapport avec l'état des facultés intellectuelles du malade.

En résumé, le délire des négations est un syndrome, qui demande pour évoluer certaines conditions psycho-physiologiques. C'est à tort qu'on a cherché à faire de ce délire, chez les mélancoliques anxieux, une maladie spéciale, en tous points comparable au délire des persécutions par sa marche progressive, et sa terminaison en une mégalomanie de forme particulière. Car, si on analyse les faits, on s'aperçoit que les symptômes donnés comme pathognomoniques de ce délire des négations progressifs, se divisent en deux groupes : le premier contient des symptômes (anxiété, idées de damnation, propension au suicide, analgésie, délire d'énormité) qui font partie de la mélancolie anxieuse. Le second groupe (le délire des négations proprement dit) a seul une physionomie originale ; mais comme on le retrouve chez d'autres aliénés, notamment les persécutés, il ne peut être considéré que comme un épisode, un épiphénomène survenant chez divers aliénés. Le délire des négations apparaît plus fréquemment dans la mélancolie, parce qu'il trouve là plus souvent qu'ailleurs les conditions physio-psychologiques (lésions nutritives et esthétiques, altérations de la personnalité, troubles de la perception mentale), propres à son développement. Jusqu'à présent c'est celui qui a été le plus étudié ; survenant chez certains anxieux, il imprime à la maladie primitive une allure nouvelle. Mais ces conditions de développement peuvent se retrouver ailleurs, p. ex. chez les persécutés, et à l'état de non-systématisation, chez les paralytiques généraux ; et alors il apparaît empruntant à chacun de ces tempéraments psychiques des caractères différents. Ce syndrome est intéressant à étudier isolément dans sa symptomatologie et dans son mécanisme, car il manifeste des altérations de la personnalité et certains troubles de la perception mentale, qui, grâce à son apparition chez des malades différents, pourront, par la méthode comparative, servir peut-être à éclairer la genèse des délires.

J. M.

Un exhibitionniste persécuté; les persécutés auto-accusateurs,
par le D^r BALLET (*Sem. méd.*, 1893).

Le malade, âgé de 48 ans, est entré dans le service le 11 janvier dernier. Nous avons affaire à un cas de délire systématisé, secondaire à une obsession avec tendance impulsive (*Paranoïa consécutive à la Paranoïa rudimentaire*).

Il faut, envisager deux phases dans l'histoire du malade : la seconde ne remonte qu'à quelques mois, la première date de loin.

Vers l'âge de 20 ans, se promenant au bois de Boulogne, il vit un individu qui exhibait ses organes génitaux au passage d'une femme. L'idée lui vint de l'imiter. Depuis ce moment, lorsque aux jours de sortie il va dans les bois et rencontre une jeune fille, il est pris du désir impérieux de montrer ses organes : la vue d'une femme d'un certain âge ne fait pas naître en lui le même désir. On ne peut pas dire d'ailleurs que ce soit la rencontre de la femme qui fasse apparaître l'idée morbide; celle-ci préexistait et la rencontre n'est que la cause déterminante de l'acte. L'obsession ne disparaît jamais d'une façon complète; à certains moments elle est plus faible, à d'autres plus tyrannique; mais depuis l'âge de vingt ans jusqu'à l'époque actuelle, elle paraît n'avoir abandonné le malade à aucun instant. Par le travail il arrive à atténuer l'obsession, comprenant qu'en cédant il accomplirait une action honteuse : la lutte s'accompagne d'angoisse précordiale, de chatouillement à l'épigastre, de palpitations, la bouche devient pâteuse et finalement, à bout de forces, il cède et exhibe ses organes.

L'exhibition amène une détente momentanée; le remords s'empare du malade. Au moment de l'action il n'est plus soi-même. Il a conscience des conséquences qui peuvent en résulter, mais aucune de ces considérations ne peut l'arrêter. Les prostituées ne lui produisent aucun effet; il n'est ému qu'à la vue des femmes « à aspect honnête. »

Lorsqu'il exhibe ses organes génitaux, il n'a pas d'érection, sauf cas exceptionnel, et une fois l'acte accompli, il s'éloigne rapidement. Pour que l'angoisse disparaisse il faut que la femme ait vu ses organes; dans le cas contraire, il n'éprouve aucun soulagement.

Il ne s'est jamais livré à l'exhibition plusieurs fois dans la même journée. Quand il se promène avec sa femme, le désir d'accomplir l'acte se présente bien à son esprit, mais il arrive à le dominer.

Il a, à différentes reprises, exhibé ses organes devant l'aînée de ses filles, âgée de 19 ans; il a fait son possible pour attirer ses regards, mais il ne croit pas qu'elle l'ait vu chaque fois. C'est principalement au moment de se coucher qu'il se livre à sa manœuvre : il se dissimule derrière les rideaux du lit, déboutonne son pantalon,

relève sa chemise, écarte les rideaux de façon à présenter ses organes à nu à sa fille, qui couche dans la même chambre.

Il a éprouvé aussi le désir d'avoir des rapports sexuels avec sa fille, mais il a toujours su résister à la tentation.

C'est là un de ces obsédés impulsifs un *exhibitionniste* de Lasègue.

Un homme de 40 ans, au cours d'une tournée dans un atelier de jeunes filles, ouvre son pantalon, laisse voir ses organes génitaux et se retire ensuite ayant l'air un peu ahuri. C'était une impulsion automatique survenue au cours d'un vertige comitial. Depuis plusieurs années, il avait des accidents *épileptiques*. Comme les déments paralytiques, les *déments séniles* peuvent se laisser aller à des exhibitions en public, dans la rue, par exemple aux abords d'un urinoir. Mais, dans tous les cas analogues aux précédents, l'acte est inconscient, automatique ou machinal.

Il n'en est plus de même chez certains malades qui présentent, du fait d'une affection accidentelle en voie d'évolution, un certain degré d'excitation cérébrale ou spinale. A côté des paralytiques généraux qui *exhibent* par erreur ou inconscience, il en est d'autres qui cherchent dans l'exhibition la satisfaction d'appétits génésiques momentanément surexcités. Et ils ne sont pas les seuls.

Ces exhibitionnistes ne sont ni les plus typiques, ni les plus curieux : à côté de ces exhibitionnistes par accident ou occasion, il y a ceux qui le sont par suite d'une perversion originelle des tendances naturelles. Chez ceux-là (et le malade appartient à ce type), le besoin d'exhiber n'est qu'une modalité particulière des perversions sexuelles qui sont si communes chez les dégénérés. L'inversion sexuelle, la zoophilie, la nécrophilie représentent les formes les plus accusées et les plus monstrueuses de ces perversions. Chez les exhibitionnistes, la tendance morbide se présente avec les caractères des obsessions impulsives bien connues.

Le malade ne paraît pas avoir jamais été vicieux ; ses relations conjugales ont toujours été correctes au point que sa femme ignore l'obsession dont il est affecté. Mais il présente plus d'un signe de dégénérescence mentale : il a des craintes ridicules instinctives ; la vue d'un chien l'effraie et il éprouve un sentiment d'appréhension pénible, à coup sûr anormal, à toucher l'un de ces animaux ; il ne peut voir les objets pointus, les couteaux, sans ressentir du malaise et de la crainte. Ces phobies s'expliquent par un vice héréditaire (oncle maternel atteint d'épilepsie et fils d'alcoolique).

Cet homme n'est pas seulement exhibitionniste ; il est encore affecté depuis quelque temps d'un délire.

Au mois de décembre dernier, sa femme, qui n'a jamais été mise au courant des obsessions, a constaté que celui-ci changeait : il était

triste, soupçonneux, défiant, ne dormait plus la nuit. Vers la fin de l'année, il prétendit qu'à son bureau, ses camarades chuchotaient près de lui : il avait cru remarquer qu'ils faisaient allusion à un crime qu'il aurait commis. « Ils ne l'accusaient pas positivement, mais c'était tellement bien accentué dans leurs conversations qu'il le prenait pour lui. » D'ailleurs, il lui semblait aussi que dans la rue les passants avaient l'air de le regarder d'une façon étrange.

Très obsédé par ces idées et ces préoccupations morbides, le malade s'est laissé aller à une tentative de suicide par strangulation. Depuis son arrivée à l'asile il a présenté les allures et tenu la conduite d'un véritable persécuté. Les conversations des autres malades sont pleines d'allusions à son adresse; dans la salle on l'épie, on l'observe, on parle de lui en mauvais termes : il a entendu prononcer les mots « voleur » et « assassin » et il suppose que ces mots le visaient. Il a frappé plusieurs malades dont le langage et les gestes lui avaient paru provoquants.

Chez ce persécuté les idées de persécution diffèrent profondément par les circonstances qui leur ont donné naissance et par leurs caractères intimes des idées de persécution habituelles.

On ne rencontre point l'état de dépression physique et psychique de la mélancolie : chez le mélancolique, les idées délirantes (de ruine, de culpabilité, de damnation) sont inconstantes et secondaires; c'est l'état émotionnel qui leur donne naissance; il leur est antérieur, il est primitif. Chez l'homme, c'est le contraire qui a eu lieu : de dépression, il n'y en a point, tout au plus celle qui est inséparable de la tristesse causée par les idées délirantes et, par conséquent, étroitement subordonnée à ces idées. Puis, le mélancolique trouve en lui-même la cause de ses souffrances morales : c'est un *coupable*; le persécuté cherche cette cause hors de lui, dans le monde extérieur : c'est une *victime*. Il accuse les autres.

Mais, tout persécuté qu'il est, il diffère des persécutés ordinaires. Ces derniers se considèrent comme des *victimes innocentes*, lui, qui est aussi une victime est une *victime coupable*. S'il se plaint des allusions blessantes, de l'attitude provocatrice des passants ou de ses voisins, il s'accuse *in intimo corde* d'avoir fourni le prétexte à ces hostilités malveillantes sans doute, mais qu'il ne juge pas systématiques. Au fond, on ne lui en veut pas, mais on tire simplement parti d'une situation qu'il a lui-même créée : ses mauvaises habitudes sont la cause unique des tourments qu'on lui fait subir. Il lui semble « que tout ce qui se passe à Sainte-Anne autour de lui est pour faire allusion à sa conduite. » On lui a fait prendre un bain dans une cabine à deux places où se baignait un autre malade; il croit qu'on a voulu lui faire comprendre par là qu'il avait de mauvaises

mœurs et qu'il était sodomiste. « C'est à cause de mon passé, dit-il, de mes habitudes, qu'on me tourmente ainsi. » Quand il était hors de l'asile, ses préoccupations étaient de même nature; s'il sortait, il avait toujours peur de rencontrer une femme devant qu'il aurait exhibé et d'être reconnu par elle.

Chez ces malades, le délire a toujours pour point de départ une préoccupation fondée ou non, relative aux organes génitaux ou aux fonctions génitales. L'un a dû subir une opération chirurgicale qui a nécessité l'ablation de l'un des testicules : vivement humilié de cette monorchidie accidentelle, il a fini par se convaincre qu'autour de lui on était au courant de son infirmité et qu'on y faisait sans cesse allusion. Un autre persuadé que ses organes, à la vérité peu développés, n'ont pas les attributs d'organes normaux, croit que dans la rue on le tourne en ridicule, qu'on le bafoue et en même temps qu'il en veut aux autres de leurs œillades insolentes et de leurs ironies injurieuses; il déplore son vice de conformation imaginaire.

En général, chez les persécutés auto-accusateurs, on ne constate pas d'hallucinations. On ne relève que des interprétations délirantes, car c'est ainsi qu'il faut qualifier la signification imaginaire et l'intention blessante que les malades prêtent au coup-d'œil le plus insignifiant, à la parole la plus naturelle, au geste le plus banal.

Les persécutés auto-accusateurs s'irritent contre leurs persécuteurs, au point parfois de se livrer à des actes de violence, mais au fond ils n'ont pas contre eux de véritable haine : ils ne les accusent pas de malveillance préméditée et sont convaincus qu'on les laisserait parfaitement tranquilles s'ils n'apportaient pas eux-mêmes le prétexte aux hostilités. Aussi sont-ils plutôt des découragés que des agressifs. On ignore s'ils peuvent aller jusqu'à l'homicide; ils ont fréquemment des tendances au suicide; ils présentent toujours des stigmates de dégénérescence : leur délire doit être classé parmi les formes si variées des délires des dégénérés.

D'ordinaire, les idées de persécution chez les auto-accusateurs restent limitées dans le cadre étroit qui vient d'être tracé. Dans quelques cas il y a tendance à s'étendre. Cet homme, en effet semble en voie de surajouter à son délire primitif si particulier et si typique un délire secondaire dont les caractères se rapprochent de ceux des délires de persécution vulgaires des dégénérés.

En effet, en même temps qu'on fait méchamment allusion à ses habitudes vicieuses d'exhibitionniste, on lui reproche quelques autres méfaits. Récemment il a cru comprendre qu'on l'accusait d'être l'assassin de la petite Neu. Le raisonnement qui l'a conduit à cette hypothèse, est singulier et puéril : un employé de son bureau prononça une fois devant lui le mot Patin; il vit là une

allusion à l'assassinat en question. Un jour, en effet, on l'avait envoyé porter un parapluie rue Patin, à Belleville; il en conclut, lorsqu'il entendit articuler autour de lui le mot Patin, qu'on faisait allusion à sa course dans ces parages; et comme la petite Neu avait été assassinée dans le quartier, il suppose qu'on le considérait comme l'auteur du meurtre. La logique de cette déduction est donc fort attaquant. Le malade prétend aussi qu'on l'a traité de voleur et il suppose qu'on faisait allusion à un vol, sans importance d'ailleurs, qu'il aurait réellement commis il y a une vingtaine d'années, et dont il fait spontanément l'aveu. Remarquez que derrière ces multiples insinuations de l'entourage, on retrouve toujours la même tendance du malade à s'accuser lui-même. Si chez cet homme, pas plus que chez les autres persécutés auto-accusateurs, il n'existe d'hallucinations sensorielles, cependant il semble exister chez lui quelques hallucinations, très élémentaires, de la sensibilité générale; il dit ressentir parfois dans les membres des commotions qu'il ne s'explique pas. Enfin, comme dernier trait, il croit qu'on le tient lui et ses mœurs par le spiritisme; « on lui vole ses pensées. » Cette dernière phrase semblerait indiquer l'existence d'hallucinations auditives ou psycho-motrices non constatées d'une façon positive. En ce qui concerne la tendance aux exhibitions, bien qu'elle soit susceptible, comme toutes les impulsions morbides, d'atténuations temporaires, il est à craindre, vu son ancienneté et sa persistance, qu'elle ne se manifeste à nouveau quand le malade, rendu à la vie libre, se trouvera exposé comme par le passé aux occasions qui le sollicitent. Il est certain que s'il est une condition qui soit favorable à sa disparition au moins momentanée, c'est l'isolement à l'asile, loin des sollicitations de la vie courante.

De plus, ce qui aggrave la situation de cet homme, ce sont les idées de persécution. Chez les persécutés auto-accusateurs, elles sont en général tenaces et persistantes, avec des périodes de rémission cependant, pendant lesquelles il semble que les malades, moins préoccupés de leur infirmité ou de leurs habitudes vicieuses, reviennent à un plus juste sentiment des choses. Mais chez ce malade, il y a lieu de tenir compte des symptômes surajoutés sur lesquels l'attention a été appelée en dernier lieu et qui doivent faire redouter le développement d'un délire de persécution durable. Ce n'est peut-être qu'une appréhension.

Quant au traitement, il est des plus simples. Cet homme mange et dort parfaitement; les fonctions organiques s'accomplissent bien. Rien n'appelle l'usage des médicaments. C'est, sauf incidents, de l'isolement et de l'isolement seul dont on doit attendre les résultats, d'ailleurs assez précaires.

J. M.

La folie à deux. Ses diverses formes cliniques, par ARNAUD
(*Annales médico-psych.*, 1893).

La folie à deux présente diverses formes cliniques. L'auteur en distingue trois types et rapproche trois observations répondant à chacun d'eux.

1° Une mère de 47 ans et sa fille vivant dans une intimité absolue, en même temps que dans un complet isolement et présentant des antécédents psychopathiques héréditaires; un délire de persécution systématisé se développe chez la mère et est adopté par la fille qui devient aliénée et hallucinée et réagit à son tour sur sa mère. La séparation guérit la fille en quelques mois, mais le délire de la mère continue son évolution. Une seconde fille légèrement atteinte, est rétablie au bout de quelques mois.

Cette observation répond au type de *folie imposée* décrit par Lasègue et Falret : il est caractérisé par ce fait qu'un seul des deux sujets est aliéné vrai, qu'il joue le rôle de sujet actif par rapport à un être relativement plus faible que lui, auquel il impose son délire et qui l'accepte passivement, sans tomber dans la véritable folie, bien qu'il puisse aller dans certains cas jusqu'aux hallucinations. Dans ces cas la séparation donne les meilleurs résultats.

2° Un homme à prédisposition héréditaire et une femme, fille naturelle, vivant maritalement pendant quinze ans d'une vie intime et très isolée, au milieu de difficultés de tous genres, résultant de l'origine inconnue de la femme, de leur situation irrégulière, du caractère soupçonneux de l'homme. Sous l'influence de ces préoccupations communes se développe simultanément et parallèlement chez tous deux, après une période d'inquiétudes et de soupçons et avec l'apparition d'hallucinations de l'ouïe, un délire de persécution systématisé. L'homme est séquestré, mais cette séparation ne donne aucun résultat, ni chez l'un ni chez l'autre. Les deux sujets affirment ne pas s'être confiés leurs impressions au moment où les hallucinations sont survenues et la seule action admissible est celle de la femme sur l'homme, alors qu'elle se défendait auprès de lui des accusations d'inconduite formulées par ses hallucinations auditives. Mais, à ce moment, la maladie était déjà avancée chez tous deux.

Ce cas appartient à la *folie simultanée* (type Régis); ici l'influence d'un des sujets sur l'autre est négligeable, chacun d'eux se trouvant dans des conditions prédisposantes de milieu et de moment suffisantes pour provoquer le développement de la folie. La séparation sans avoir d'effet curatif, diminue cependant l'excitation cérébrale et la tendance aux actes dangereux ou nuisibles : elle doit donc être conseillée.

3° Ce cas appartient à la *folie communiquée vraie*. Un aliéné communique son délire à un être qui partage sa vie et qui, après une résistance plus ou moins longue, devient aliéné à son tour. Cette forme est caractérisée par la longue résistance du sujet influencé et par l'aliénation confirmée qui est pour lui la terminaison de la lutte. La séparation ne met aucunement fin au délire passif. L'intensité de la transmission et la persistance du délire après séparation, distingue la folie communiquée vraie de la folie imposée.

L'observation est celle d'une femme, sujet actif, à prédisposition héréditaire, atteinte de délire de persécution systématisé. Son mari est exempt de toute prédisposition héréditaire, mais ayant eu une insolation grave dans sa jeunesse, lutte pendant dix ans contre la communication de ce délire, dans lequel il finit par entrer avec l'apparition des hallucinations; après la séparation, il évolue vers le délire des grandeurs.

Certaines conditions sont communes au développement des diverses formes de la folie à deux : une certaine prédisposition, une intimité prolongée et complète, sans influence extérieure, la vraisemblance du délire au début, ce délire étant par conséquent le plus souvent, le délire de persécutions, surtout dans la folie imposée et dans la folie communiquée.

X. F.

Symptômes oculaires dans les névroses, par FRANKL-HOCHWART
(*Wiener klin. Wochenschr.*, 1892).

L'auteur rapporte les recherches qu'il a faites à la clinique de Nothnagel, touchant le rétrécissement concentrique du champ visuel dont l'existence est contestée par plusieurs dans la névrose traumatique. Comme Charcot, il répartit les cas de névrose traumatique entre l'hystérie et la neurasthénie. Dans aucun cas de cette dernière affection, il ne constata de rétrécissement du champ visuel; l'acuité visuelle était intacte, la vision des couleurs seule semblait un peu diminuée. Quant à l'hystérie, F. reconnut que le rétrécissement se présente beaucoup moins souvent qu'on ne le prétend : il est particulièrement rare dans les cas d'hystérie où les troubles de la sensibilité font défaut; dans ces cas, la vision simple et la vision colorée sont également indemnes. L'auteur a pu constater plus d'une fois un rapport entre le rétrécissement du champ visuel et les troubles de la sensibilité, en ce sens que l'amélioration d'un des symptômes s'accompagnait de l'amélioration de l'autre et inversement.

X. F.

Un cas de monoplégie hystérique guéri par suggestion et accompagnée du retour des règles, par REGNAULT (Réun. ann. de la Soc. d'hypnol. et de psychol., 1893).

Une jeune femme de 35 ans, était atteinte de monoplégie hystérique de la jambe gauche; cette paralysie s'accompagnait d'une aménorrhée qui persistait depuis un an.

Outre la monoplégie, il existait chez elle une anesthésie en ligne d'amputation; la piqûre n'amenait aucun écoulement de sang. R. suggestionna la malade à l'état de veille, lui persuadant que le massage amènerait la guérison. Au bout de trois séances, la malade recouvra complètement l'usage de son membre; après la première elle avait été prise d'une métorrhagie violente qui dura quinze jours. En même temps, la sensibilité revenait dans la partie malade, et la piqûre provoquait un écoulement de sang. Les règles sont maintenant normales; il est à remarquer que R. n'a pas fait à sa malade de suggestion relative à son aménorrhée. J. M.

De l'hystérie chez les enfants, par JOLLY (Berlin. klin. Wochenschr., 1892).

L'âme de l'enfant est relativement plus simple, moins cachée que celle de l'adulte. Comme dans l'hystérie, on a certainement affaire à une maladie psychique, il est possible, par des observations sur l'enfant, d'obtenir certains éclaircissements touchant la nature de l'affection chez l'adulte.

On peut rencontrer chez l'enfant, aussi bien les différents symptômes locaux, qui sont plus ou moins tenaces, que les attaques et les troubles psychiques de nature hystérique proprement dits.

En ce qui concerne les symptômes locaux, on observe d'abord assez souvent des douleurs rebelles, localisées à telle région circonscrite du corps (névroses articulaires). Des contractures coexistent fréquemment avec les douleurs. Parfois, s'y ajoutent de vraies paralysies ou des anesthésies. Cela se présente surtout chez les enfants qu'une maladie aiguë ou chronique a longtemps retenus au lit. La forme paraplégique est la plus ordinaire. Il s'y joint souvent du tremblement dans les membres affectés, tremblement qui se rencontre aussi d'une façon indépendante, qui se modère passagèrement lorsqu'on détourne l'attention et se suspend durant le sommeil. Il faut encore rappeler les états spasmodiques tant de fois observés du côté des voies respiratoires et des cordes vocales, les bruits singuliers qui parfois sont émis par les enfants dont il s'agit, durant de longues périodes.

La parole des enfants hystériques prend fréquemment, d'une façon paroxystique ou pendant un temps plus ou moins prolongé, le caractère des diverses formes du bégaiement : certaines consonnes sont mal prononcées ou complètement omises et le langage ressemble à celui de petits enfants qui apprennent à parler. On rencontre également du mutisme plus ou moins persistant.

Ce mutisme peut s'associer à de la surdité. Mais d'habitude, comme chez les adultes, cette surdité est incomplète. La cécité hystérique des enfants se comporte de même : elle consiste dans une diminution ou une perversion de la vision. Les anesthésies de la peau et des parties profondes ne sont non plus généralement pas absolues.

La convulsion hystérique se présente chez l'enfant, ou bien, sous forme de mouvement émotif anormalement intense ou prolongé (cri, pleur, rire), ou bien en partie, sous forme de secousses dans les différentes extrémités, ou bien, sous la forme du clownisme. Dans ce dernier cas, il existe souvent un trouble de la conscience : l'enfant se croit placé dans des situations imaginaires et semble remplir un rôle. Si intenses que soient les attaques, il est très facile de les faire cesser, surtout par le séjour dans un établissement. Le plus souvent, il suffit de l'isolement, d'une affusion d'eau, du jet d'un siphon, pour en devenir maître. D'autres fois, on arrive au même résultat au moyen de la faradisation ou par une interpellation énergique.

Le fait que l'hystérie survient dans l'enfance, permet en tous cas de conclure que cette affection ne dépend pas de l'utérus.

L'onanisme peut jouer un rôle dans l'étiologie; mais ce qui est plus important, c'est une prédisposition héréditaire à l'hystérie. Parmi les circonstances qui font éclater la maladie, les affections aiguës sont les principales; puis viennent le surmenage et une éducation vicieuse. Souvent les enfants simulent une indisposition pour éviter l'école ou une punition : à cet effet, ils imitent un trouble quelconque comme des convulsions qu'ils ont observées chez d'autres. Si l'enfant normal a de la tendance à mentir et à tromper, l'enfant prédisposé la possède à un plus haut degré encore. Il faut encore tenir compte d'une autre particularité de l'âme de l'enfant, à savoir la puissance de son imagination. Un sentiment de tension, un réflexe anormal suffit pour créer l'idée que la partie du corps intéressé est malade, paralysée. Or, cette idée équivaut à la réalité qu'elle exprime.

Entre les deux théories les plus récentes sur l'hystérie (Möbius et Oppenheim), l'auteur admet une opinion intermédiaire. A côté de la modification de l'affectivité et de la réflexibilité, il faut faire intervenir l'exaltation de l'imagination. Un véritable complexe hystérique ou l'hystérie totale ne se produit que lorsque cette exaltation de l'imagination vient se joindre aux symptômes déterminés, par l'état somatique.

X. F.

A propos de l'étiologie de la paralysie faciale rhumatismale,
par BERNHARDT (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1892).

Depuis sa dernière publication sur ce sujet, B. a eu de nouveau l'occasion d'observer une nombreuse série de cas (plus de 50) et en les réunissant, il arrive à conclure que pour plusieurs — abstraction de ceux qui dépendent d'une affection de l'oreille ou d'un traumatisme — le refroidissement n'intervient pas exclusivement dans leur production.

En ce qui concerne d'abord l'hérédité, on trouve, bien qu'en minorité, des observations où l'on peut légitimement parler d'une prédisposition neuropathique héréditaire.

Il n'est pas possible de décider si la paralysie faciale survenant dans le diabète relève d'une névrite attendu que, sauf le cas d'Eichhorst, toute autopsie fait défaut. Mais la première des observations de B. notamment plaide en faveur de l'idée d'une névrite susceptible de guérison : en effet, dans ce cas il y avait plusieurs nerfs sensibles pris d'inflammation (herpès zoster). En outre, il paraît bien établi que, de même que des paralysies transitoires des muscles s'observent dans la syphilis, de la paralysie faciale isolée, de nature manifestement périphérique peut se montrer dès les premières périodes de la syphilis. Indépendamment de cette dernière et du diabète, l'auteur signale l'état puerpéral comme troisième facteur étiologique.

En considération de ce fait que souvent d'autres nerfs craniens, notamment les nerfs de l'œil, sont paralysés, B. croit que l'on ne doit pas, dans tous les cas, exclure la participation des noyaux et affirmer l'existence d'une véritable névrite du nerf facial. La paralysie faciale s'observe notamment en même temps que les paralysies oculaires dans toute une série d'affections (diphthérie, alcoolisme, etc).

Enfin, quand on tient compte de ces faits où, à côté de paralysies oculaires récidivantes, on observe également des paralysies faciales de caractère nettement périphérique, on est amené à être très prudent dans le diagnostic et à refuser au refroidissement le rôle prépondérant qui lui est ordinairement attribué.

X. F.

Recherches expérimentales sur la peptonurie chez les paralytiques généraux, par RODRIGO FRONDA (*Neur. Centr.*, 1892).

L'urine est examinée par la méthode de Hofmeister; les recherches portent sur quinze paralytiques du sexe masculin; elles démontrent que la peptonurie se retrouve chez tous les paralytiques généraux; elle peut faire défaut à certains jours.

L'absence de peptone urinaire fréquemment constatée permet de conclure à l'inexistence d'une paralysie générale.

J. D. B.

Lésions des fibres d'associations dans la démence paralytique,
par LJUBIMOW (*Neur. Centralbl.*, 1892).

En employant la méthode de Weigert, l'auteur a recherché les lésions microscopiques que présentaient chez huit individus atteints de démence paralytique, le gyrus rectus, les 1^{re}, 2^e et 3^e circonvolutions frontales, l'insula, les circonvolutions pariétales et occipitales, la circonvolution de Broca et le gyrus fornicatus.

Il a fait les mêmes constatations que Tuczek, Zacher, Friedmann et d'autres; il a rencontré constamment des altérations des fibres d'associations, surtout marquées aux circonvolutions frontales et centrales. Il les considère comme des lésions de dégénérescence.

J. D. B.

Du bromisme, par CHAUMONT. Thèse de Paris, 1892.

Ce travail contient un excellent exposé de toutes les connaissances relatives au bromisme. Les préparations de brome provoquent toute une série de troubles se présentant isolés ou associés, affectant différents organes; le tube digestif, l'appareil respiratoire, l'appareil circulatoire, l'appareil génito-urinaire, le système nerveux, la peau peuvent être intéressés.

Lorsque l'intoxication est légère, elle ne se manifeste guère que par des lésions des muqueuses ou par des éruptions cutanées.

Les formes graves où dominent les altérations du système nerveux sont plus rares: l'affection de la moelle épinière se traduit par de la parésie, de la paralysie, celle du cerveau par de la dépression et de la stupeur.

Il est tout à fait exceptionnel que le bromisme aboutisse à une véritable cachexie se terminant par la mort.

Les exanthèmes bromiques sont fréquents. Ils se développent lentement, ont une marche chronique et siègent habituellement aux membres inférieurs. Ils revêtent les formes les plus diverses, mais sont le plus souvent constitués par de l'acné.

L'élimination du brome se produit lentement: il en résulte un certain danger d'accumulation. Aussi convient-il d'en surveiller l'action et d'en favoriser l'élimination. L'auteur conseille l'emploi simultané de petites doses d'arsenic ou un traitement antiseptique interne.

X. F.

*Un cas d'empoisonnement aigu par la codéine, par MEDVEI
(Internat. klin. Rundschau, 1892).*

Jusqu'à présent, on ne connaissait que deux cas d'empoisonnement accidentel par la codéine : dans le premier, un malade en absorba 24 centigr. en pilules; dans le second, un enfant en prit 10 centigr. pour un spasme de la glotte. Dans le cas de M., il s'agit d'une tentative de suicide au moyen de la codéine.

Une femme hystérique, âgée de 42 ans, sujette à des accès maniaques, voulut le 7 octobre 1892, pour un motif futile, s'enlever la vie. A cet effet, elle avala 25 pilules contenant chacune 2 centigr. de codéine. Une demi-heure après, elle se plaint d'éprouver une vive chaleur, des vertiges; elle vacille et tombe en criant : « Je brûle, j'étouffe! » Après une nouvelle demi-heure, le médecin arrive et relève les symptômes suivants : femme dans un état de nutrition satisfaisant, un peu anémique, présentant alternativement une excitation intense et un assoupissement profond; les yeux sont clos. La peau de toute la surface du corps offre une couleur rouge scarlatini-forme; la face est congestionnée; les conjonctives bulbaires ont « l'apparence d'une étoffe rouge; » flux salivaire, tremblement de la langue; de temps en temps, de légères secousses fibrillaires. La malade réagit à peine à la pression et à la piqure. Pouls 46, plein, dur. Le médecin a recours au sulfate de cuivre et à la pompe stomacale qui ramène quelques morceaux de pilules. Néanmoins, la respiration devient superficielle, le pouls 116, faible, dépressible. L'excitabilité mécanique, les réflexes du genou et du tendon d'Achille s'exagèrent fortement. Les pupilles sont dilatées au maximum.

Comme la respiration semble vouloir s'arrêter, on pratique la respiration artificielle. Après trois quarts d'heure de respiration artificielle et neuf injections d'éther, la respiration se rétablit. La rougeur de la surface cutanée pâlit; la malade qui est plongée dans la somnolence, ne cesse de se gratter. La somnolence persiste le lendemain. Le 19 octobre, au matin, la patiente se réveille se plaignant de céphalalgie et d'un chatouillement intense. Elle se gratte à sang. Le prurit et la mydriase persistent encore quelques jours, jusqu'au complet rétablissement.

M. communique ensuite quelques essais qu'il a pratiqués avec la codéine et il arrive à conclure que l'effet narcotique ne peut être obtenu qu'avec de petites doses; c'est pourquoi, il ne sert de rien de donner plus de 5 centigr.; si cette dose ne donne pas d'effet satisfaisant, de plus fortes ne le donneront pas davantage.

X. F.

Traitement rationel du bégaiement, par GUTZMANN (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1892).

Le bégaiement se caractérise par des contractions musculaires involontaires se produisant dans le domaine de l'appareil du langage, pendant le fonctionnement de cet appareil.

Dans les trois segments de cet appareil, à savoir l'appareil musculaire de l'articulation, l'appareil musculaire de la phonation, l'appareil musculaire respiratoire surviennent chez le bégue, des convulsions que l'on peut distinguer en toniques et en cloniques. D'ordinaire, aux convulsions dans un segment, s'associent des convulsions dans un autre segment ou dans les deux autres.

Le traitement préconisé par l'auteur consiste à exercer les mouvements conscients, les mouvements nécessaires à l'émission de la parole et à s'efforcer de réprimer les mouvements involontaires, surajoutés. Les exercices doivent porter sur les trois segments.

En ce qui concerne la respiration, il faut engager les bégues à respirer en parlant, non seulement par le nez, mais aussi, comme cela est nécessaire, par la bouche; de plus, ils doivent pratiquer la respiration costale et pour aider cette respiration, l'auteur recommande différents mouvements des membres supérieurs. On doit en outre, par divers moyens dont on trouvera l'indication dans le travail original, séparer l'action des différents muscles inspireurs, de façon à fortifier l'influence de la volonté sur ces différents muscles.

Pour la musculature de l'articulation et de la phonation, il faut aussi exercer séparément les différents muscles. On contrôlera l'existence des mouvements accessoires involontaires au moyen du miroir et l'on s'efforcera de les réprimer par la volonté ou au besoin, par des moyens mécaniques.

Les résultats obtenus par cette méthode sont très satisfaisants. Sur 1000 bégues environ, 87 % ont été guéris, 10 % améliorés.

Il faut remarquer que pour les sujets dont l'énergie volontaire est fort déprimée, qui sont incapables de tout effort, le pronostic est mauvais; d'autres malades présentent en même temps des signes d'une neurasthénie très prononcée qu'il faudra combattre par des moyens appropriés; enfin, on doit se rappeler que 50 % environ des enfants bégues sont atteints de végétations adénoïdes de l'arrière-cavité des fosses nasales : l'enlèvement de ces végétations ne suffit pas à produire la guérison du bégaiement, mais il la facilite singulièrement.

X. F.

Contribution à l'étude des abcès cérébraux, par LINDH (Congrès des Chirurges du Nord, tenu à Gothembourg, 1893).

1° Un homme de 36 ans, qui, depuis vingt ans, souffrait d'une otite moyenne suppurée du côté droit, et qui entra à l'hôpital pour de violentes douleurs siégeant d'abord au niveau de l'oreille et de la région frontale du côté malade, puis se propageant au côté gauche du crâne. Ces douleurs s'accompagnaient d'une parésie légère de l'œil gauche et de la commissure labiale droite.

La trépanation de l'apophyse mastoïde du côté malade n'amena aucun soulagement. Au contraire, quelque jours plus tard l'opéré devenait complètement apathique, en même temps que se montrait une paralysie faciale très nette; le malade était sans fièvre et son pouls battait quarante fois par minute.

L'os temporel fut trépané immédiatement au-dessus et en avant de l'oreille; une ponction faite à l'aide de la seringue de Pravaz ramena du pus, et une incision pratiquée à travers la substance cérébrale permit de constater la présence d'une collection purulente à 2 centimètres de profondeur.

Les suites opératoires eussent été assez bonnes, sauf un délire furieux qui éclata le lendemain de l'opération. Cependant, au bout de quelques semaines, le malade était complètement guéri.

2° Une fillette de 8 ans, qui, jusque-là bien portante et sans tare organique appréciable, présenta tout à coup les symptômes d'un foyer de suppuration intracérébral. Il existait en même temps, au niveau du vertex, une collection purulente de la grosseur du poing, sans trace apparente de violence extérieure. Cette collection fut vidée par une incision, mais il ne se produisit aucune détente dans les phénomènes cérébraux.

La trépanation, pratiquée quelques jours plus tard, montra qu'il existait une carie avec perforation de l'os pariétal gauche; la dure-mère était également perforée à ce niveau. Une sonde passée par l'orifice dure-mérien, pénétrait dans la masse cérébrale jusqu'à une profondeur de 8 centimètres, où elle rencontrait un foyer purulent. L'abcès vidé, quelques-uns des symptômes s'amendèrent progressivement; la station debout et la marche devinrent possibles, mais l'aphasie persista.

La pathogénie de ce dernier cas est fort difficile à établir, car ni les antécédents ni la constitution de la petite malade, plus que les commémoratifs, ne permettent d'assigner une cause certaine à la formation des collections purulentes, et il est impossible de dire si la marche du processus suppuratif s'est faite de dedans en dehors ou de dehors en dedans.

Contribution à la chirurgie du cerveau, par J. HIRTZIG (Berlin. klin. Wochenschr., 1892).

Ce travail de H. fournit non seulement une contribution importante à la chirurgie du cerveau, mais il démontre en outre que même lorsqu'il s'agit de tumeurs étendues, de tumeurs diffuses, il ne faut pas reculer devant une opération et que l'œdème cérébral n'en est aucunement une suite fatale.

Le premier cas concerne un maçon, âgé de 29 ans, qui, pour la première fois, en avril 1891, pendant le coït, ressentit une violente douleur dans la région frontale droite où antérieurement — il ne sait si c'est avant ou après le mois d'avril 1891 — il avait reçu un coup violent. En octobre de la même année, le cigare lui tomba subitement de la main gauche et il sentit la face tirée à gauche. Après l'attaque, il resta un peu de faiblesse dans la main gauche.

Dans la suite, les attaques se renouvelèrent quatre, cinq fois, intéressant en même temps, à un faible degré, la parole et la déglutition. Au début de novembre, il éprouva une diminution de l'acuité visuelle à l'œil droit d'abord, puis à l'œil gauche. Des vertiges se manifestèrent, mais jamais de vomissements.

A son entrée à la clinique, le 21 avril 1892, on constate les phénomènes suivants : tête fortement inclinée en avant, portée vers la gauche; l'épaule gauche est abaissée. Les pupilles réagissent faiblement à la lumière, un peu mieux à l'accommodation. Papille de stase très marquée. Rétrécissement concentrique considérable du champ visuel; figure fortement déviée à droite; l'œil gauche se ferme moins complètement que le droit. Déviation de la langue à gauche; parésie du membre supérieur gauche, parésie des deux extrémités inférieures. Pas de trouble de la sensibilité. Exagération des réflexes patellaires, surtout à gauche; à gauche, phénomène du pied; exagération des réflexes cutanés.

Le 27 avril, on constate une tuméfaction molle, sensible à la pression, dans la région pariétale droite, au niveau de la moitié antérieure de l'insertion du temporal. Le pouls n'est pas ralenti. Les symptômes généraux sont les suivants : affaiblissement notable de la mémoire, céphalalgie, papille de stase, démence. On admet l'existence dans la cavité crânienne d'une lésion déterminant une compression. En raison du siège de la tuméfaction douloureuse et la considération de ce fait qu'une parésie aussi peu prononcée, mais étendue pourtant à la face, au bras, à la jambe s'explique le mieux par une pression s'exerçant en avant des centres moteurs, on localise la lésion dans la portion frontale droite. L'absence de fièvre fait exclure l'existence d'un abcès; l'hématome se fut accompagné

d'attaques apoplectiques bien nettes et n'aurait pas déterminé la tumeur de la région pariétale. Un néoplasme intracrânien n'aurait pas non plus entraîné de tuméfaction des parties molles. Ce qui était donc le plus plausible, c'était un processus intéressant les os et peut-être en outre, un néoplasme. D'après H., ce néoplasme devait être considérable, attendu qu'il avait pris assez de temps pour se développer, et que, siégeant en une région indifférente, il affectait, avec peu d'intensité, il est vrai, un grand nombre de centres moteurs.

L'opération confirma le diagnostic.

Pour enlever le sarcome pesant 280 gr., on pratiqua dans la boîte crânienne, une ouverture rectangulaire de $1\frac{1}{2}$ centim.

La limite médiane de cette ouverture arrivait tout près de la suture sagittale; la plus grande partie se trouvait au devant de la branche ascendante de l'artère sylvienne.

L'observation est intéressante au point de vue étiologique, en ce sens que le sarcome s'est développé à la suite d'un traumatisme, traumatisme qui avait laissé après lui une hyperostose de la région intéressée.

Dans le second cas, il s'agit également d'un sarcome volumineux ayant succédé à un traumatisme et opéré avec succès.

Les deux sujets avaient fort bien supporté l'opération et survivaient encore plusieurs mois après, au moment de la publication du travail de H.

Le professeur Bramann qui les a opérés se propose de faire connaître les suites ultérieures.

X. F.

Un cas de crâniotomie pour microcéphalie, avec quelques remarques sur l'opération de Lannelongue, par AAKERMAN (Congrès des Chirurg. du Nord, tenu à Gothembourg, 1893).

Il s'agit d'un garçon de 20 mois, né à terme à la suite d'un accouchement normal et élevé au biberon; les fontanelles s'étaient soudées peu de temps après la naissance. L'enfant paraissait agité et inquiet; la tête ne mesurait que 0^m40 cent. de circonférence; le front était bas, l'occiput déprimé; le tronc était bien conformé. Le petit malade était atteint de nystagmus et de strabisme convergent; il ne fixait jamais son attention ou ses regards sur un objet quelconque et il semblait ne rien voir; il y avait une atrophie double du nerf optique. Plusieurs fois par jour, cet enfant était pris de courtes attaques épileptiformes il ne pouvait ni marcher, ni parler.

Le 11 août 1892, A. pratiqua la crâniotomie sur une longueur d'environ 10 cent., du côté gauche et parallèlement à la suture sagittale. Le crâne était épais. La réunion se fit par première intention.

Au bout de trois mois, on pouvait noter une amélioration notable. Les attaques épileptiformes étaient moins violentes et ne survenaient qu'à des intervalles de plusieurs semaines. L'enfant était plus tranquille; dans une chambre obscure, il pouvait fixer la lumière et la suivre des yeux. Les bras et les jambes étaient moins raides, les réflexes normaux.

Dix mois après l'opération, la perte de substance osseuse était réparée; le pourtour du crâne avait augmenté de 2 cent.; la région pariétale gauche était plus proéminente que la droite. Le petit malade pouvait rester debout quelques instants et remuer les jambes; il commençait à prononcer des syllabes incompréhensibles et ne montrait plus l'agitation qu'on provoquait autrefois au moindre attouchement. Les attaques épileptiformes étaient plus rares; le nystagmus avait notablement diminué; enfin le petit malade pouvait fixer par moments des objets brillants.

Le 10 juin 1893, A. pratiqua une seconde craniotomie en forme de [à droite du sinus longitudinal; le périoste fut enlevé sur la même étendue; la réunion se fit encore par première intention, mais cette fois l'intervention ne fut suivie d'aucune amélioration.

A. en conclut : 1° La craniotomie est justifiée quand les parents la réclament et quand le sujet n'est pas trop débilité. La mortalité opératoire est de 15 % environ;

2° L'opération doit être assez parcimonieuse et répétée au besoin sur le côté opposé du crâne. La perte de substance du périoste doit avoir la même étendue que la perte de substance osseuse;

3° Les résultats sont surtout favorables quand la microcéphalie s'accompagne d'attaques épileptiformes, de soubresauts musculaires, de rigidité ou de parésie locale;

4° Nos connaissances actuelles ne permettant pas de faire un diagnostic étiologique certain de la microcéphalie; il est impossible de prévoir les cas dans lesquels une opération sera suivie d'amélioration, ni quel sera le degré de cette amélioration.

On ne pourra répondre à ces questions qu'après description minutieuse de chaque cas observé pendant un temps suffisant.

Du traitement médical et médico-pédagogique des enfants idiots et arriérés, par BOURNEVILLE (Acad. de méd. de Paris, 1893).

L'examen de 350 crânes recueillis à l'hospice de Bicêtre prouve d'une façon péremptoire que, chez les enfants idiots et arriérés, il n'y a pas en général de synostose prématurée des sutures.

Comme il est impossible de reconnaître sur le vivant l'état exact

des sutures et de l'épaisseur du crâne, il s'ensuit que la craniectomie est faite au hasard et sur des crânes qui sont en mesure de donner au cerveau toute l'extension désirable. L'examen de ces mêmes crânes fait voir que les brèches osseuses résultant de la craniectomie ne peuvent pas procurer au cerveau une grande liberté d'expansion.

Ces faits justifient cette assertion des anthropologistes que « le cerveau fait le crâne, le moule sur lui. »

D'autre part, les lésions encéphaliques auxquelles sont dues la plupart des formes de l'idiotie sont profondes, étendues, variées et partant peu susceptibles d'être modifiées par la craniectomie.

La plupart des chirurgiens qui ont pratiqué cette opération s'accordent du reste, pour reconnaître que les résultats de leur intervention opératoire ont été, la plupart du temps, légers, douteux ou nuls; que des accidents graves (paralyse, convulsions, etc.), et même la mort (13 fois sur 85 cas recueillis par l'auteur) en ont été quelquefois la conséquence.

En terminant, B. rapporte un certain nombre d'observations qui prouvent que le traitement médico-pédagogique imaginé par Seguin et perfectionné par lui, reste le véritable traitement de choix des idioties.

Traitement de l'hydrocéphalie congénitale, par M. A. VAUTRIN.

Keen indique à quelles conditions la trépanation suivie de drainage a des chances de réussir. Il importe de surveiller, au moment de l'opération et dans les jours qui suivent, la déperdition du liquide. Si l'écoulement est abondant, il faut craindre des accidents convulsifs et même le coma (cas de Picqué). Si, au contraire, on ménage un suintement goutte à goutte, l'enfant ne ressent aucun malaise et l'enveloppe crânienne se rétrécit sous l'influence d'une compression bien exercée.

Tel est le procédé employé par V. dans un cas d'un enfant de deux mois atteint d'une hydrocéphalie très volumineuse qui avait considérablement augmenté dans les derniers jours. V. fit au bistouri, à travers la partie supérieure du pariétal gauche, à 3 centimètres en avant de la ligne bi-auriculaire, une incision. Il choisit ce point de préférence à une région plus postérieure afin de ne pas avoir un drainage décline, qui aurait facilité une trop grande déperdition de liquide. Bien qu'un petit accident opératoire l'ait obligé à agrandir l'ouverture crânienne, il put éviter l'écoulement abondant du liquide céphalo-rachidien et établir à l'aide d'un faisceau de crins de Florence un drainage capillaire permanent. Il n'avait pas eu besoin de traverser l'écorce cérébrale, car l'hydrocéphalie était externe ou méningée.

L'enfant continua à s'alimenter les jours suivants. Pendant trente jours environ, V. surveilla l'écoulement du liquide, puis la mère du petit malade voulut retourner chez elle à la campagne. Quelques jours après, l'enfant contractait la cholérine, et la mère, voulant faire elle-même le pansement, enlevait le drain par mégarde. Le liquide céphalo-rachidien s'écoula en grande abondance et l'enfant mourut dans le coma.

Cette observation est intéressante : elle se rapporte à un cas d'hydrocéphalie méningée, fait rare; ensuite elle montre de quelle importance est la trépano-ponction suivie de drainage capillaire dans le traitement de l'hydrocéphalie. Le drainage n'a été que fort peu employé; il est donc difficile d'apprécier sa valeur. De nouvelles tentatives sont désirables, sinon dans tous les cas d'hydrocéphalie ventriculaire, au moins dans un grand nombre de cas dans lesquels l'encéphale n'a pas subi une compression trop prolongée et surtout dans l'hydrocéphalie méningée.

J. M.

Twenty eight Annual Report of the Royal Albert Asylum for idiots and imbeciles, 1892.

En plus d'une occasion nous avons dit et redit que le mode d'éducation avait une énorme influence sur les résultats obtenus dans le traitement des arriérés. Le Dr Shuttleworth dans le remarquable rapport qu'il a présenté l'année dernière sur son établissement, il en donne une nouvelle preuve. Il nous prouve qu'après des tentatives infructueuses prolongées pendant plusieurs années on peut parvenir à réveiller des aptitudes latentes.

Pendant l'année 1892 il y a eu en cet asile 69 admissions (47 H. et 22 F.), 18 décès (9 H. et 9 F.) et 35 sorties (24 H. et 11 F.). Le nombre d'arriérés à la fin de l'année était de 581.

Les résultats obtenus sous la haute direction du Dr Shuttleworth sont bien consolants et il est regrettable que dans notre pays on n'essaie pas de monter des établissements analogues sur des bases réellement scientifiques. Il ne suffit pas de donner aux arriérés des soins physiques. Il faut également poursuivre un but, mettre tout en œuvre pour essayer d'en faire un jour des productifs. Aussi le Royal Albert Asylum possède-t-il tous les éléments voulus pour atteindre ces résultats, tant pour ce qui concerne l'instruction que pour l'enseignement professionnel. L'agréable y est mêlé à l'utile, condition indispensable à tout système qui vise à une éducation complète. Notons en passant que comme récréations on donne à cet asile des concerts, des représentations à la lanterne magique, des exercices gymnastiques, des jeux de Cricket, des représentations dramatiques, des promenades multiples, etc.

Le rapport du médecin en chef se termine par la relation succincte des progrès marquants obtenus par certains de ses pensionnaires.

J. M.

The first Annual Report of the Sheppard Asylum.

Le Dr Edward W. Brush, très favorablement connu aux États-Unis, comme médecin aliéniste, dirige cet établissement qui est situé à Baltimore et qui est dû à la générosité de feu Moses Sheppard. L'asile occupe au-delà de 378 acres. Le bénéfice que pourrait réaliser la direction sera toujours consacré à l'amélioration de l'établissement et des aliénés. C'est là une idée bien charitable qui devrait être mise en pratique par tous les propriétaires d'asiles.

Ouvert à peine depuis une année il comptait déjà au 1^{er} décembre 1892, 53 admissions (32 H. et 21 F.), 4 guérisons, 3 améliorations notables, 6 améliorations, 4 sorties sans guérison et 4 décès.

L'auteur insiste dans son travail sur les avantages des placements volontaires et du traitement immédiat des maladies mentales. A peine l'établissement fut-il ouvert que le Dr Brush, ancien médecin en chef du « Pennsylvania Hospital for insane » à Philadelphie, fonda son école de gardiens. Non seulement le Dr Brush s'en est chargé mais il a même appelé à son secours les autorités les plus importantes, connues comme spécialistes dans différentes branches de l'art de guérir. De cette manière il renforce chez ses gardiens l'idée de l'importance de ce genre d'enseignement. Il s'est déjà assuré le concours de neuf conférenciers.

Il nous a été donné de jeter un coup d'œil sur les bâtiments à l'extérieur et à l'intérieur. Dans les États-Unis on comprend qu'on ne saurait jamais trop faire en faveur des pauvres aliénés. Aussi les superbes bâtiments présentent à l'intérieur un confortable que nous ne connaissons pas en Belgique et qui mérite néanmoins d'être connu parce qu'il a son importance dans le traitement des malades. Tous les perfectionnements possibles existent déjà au Sheppard Asylum et nous avons la conviction que sous la savante direction du Dr Brush le nouvel asile jouira bientôt d'une réputation bien grande.

J. M.

Forty-seventh Report of the Commissioners in Lunacy for England.

C'est toujours avec un nouveau plaisir que nous tenons à mentionner ce rapport en raison de l'extension qu'il donne aux différents services des asiles d'aliénés et spécialement au service médical.

Les aliénés, y compris les idiots, qui au 1^{er} janvier 1891 étaient de 89,822, avaient augmenté de 1,974 au 1^{er} janvier 1892. Soit 8,200 pensionnaires, 80,813 indigents et 729 criminels dont 640 à l'asile de Broadmoor.

Il y eut 17 suicides, 16 décès par suffocation à la suite d'accès épileptiques, 8,773 sorties dont 5,622 guérisons, 5,699 décès avec 4,376 autopsies. Environ 77 % des cadavres sont autopsiés, proportion qu'on est bien loin d'atteindre en Belgique. Le rapport mentionne les chiffres des autopsies faites dans chaque asile, ce qui n'est pas sans importance pour coopérer à établir la rivalité entre les médecins aliénistes anglais.

La proportion des guérisons relativement aux entrées était de 39 %; celle des décès, relativement à toute la population des asiles de 10,08 %.

Le rapport mentionne les améliorations introduites dans chaque asile ainsi que les desiderata au point de vue du service médical hygiénique et administratif. Les cas de suicide et de mort par accident y sont exposés par des rapports particuliers.

Le coût de l'aliéné indigent en Angleterre a été en moyenne de 9 s. 2 d. par semaine, ce qui put être appelé peu élevé en raison des énormes frais entraînés pour le service administratif.

J. M.

Thirty-fifth Annual Report of the General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland.

Ce rapport fait le digne pendant de celui préparé par les inspecteurs de l'Angleterre.

Au 1^{er} janvier 1893, il y avait en Écosse 13,058 aliénés dont 2034 pensionnaires et 10,969 indigents. La population des asiles a été de 256 supérieure à celle de l'année précédente. La proportion des guérisons par rapport aux admissions a été de 40,9 et celle des décès par rapport à la population générale de 9,0.

Comme dans le rapport pour l'Angleterre celui pour l'Écosse mentionne des rapports détaillés sur chacun des asiles. Il y eut 9 cas de suicides avec terminaison fatale, et également 9 cas de décès par accident (accès épileptiques).

Le coût hebdomadaire pour chaque aliéné indigent y fut d'environ 11 shillings.

Nous regrettons de ne pouvoir entrer dans les détails statistiques, mais nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que les statistiques écossaises comme celles de l'Angleterre et de l'Irlande sont les plus complètes parmi les statistiques de l'Europe.

J. M.

BIBLIOGRAPHIE.

Le traitement des aliénés dans les familles, par CH. FÉRÉ, médecin de Bicêtre, 2^e édition, revue et augmentée (Paris, Félix Alcan, 1893).

M. le Dr Ch. Féré, médecin de Bicêtre, est, en France, le champion d'une idée qui a fait son chemin : c'est que les aliénés inoffensifs pourraient, pour leur plus grand avantage, être traités à la campagne, dans des familles, et être occupés, soit aux travaux des champs, soit à d'autres travaux faciles et compatibles avec une hygiène spéciale. De cette façon, les asiles seraient débarrassés d'un grand nombre de pensionnaires pour lesquels ce séjour est plutôt funeste qu'utile. — Ce mode d'assistance familiale est pratiqué avec succès en Belgique, en Ecosse, en Allemagne, aux États-Unis, et récemment le Conseil général de la Seine en a décidé un premier essai pour cent déments séniles inoffensifs.

Dans la 2^e édition de son livre, M. Féré expose l'organisation de ce système dans les pays qui le pratiquent; il donne des conseils relatifs aux soins dont il faut entourer les aliénés dans le traitement familial et indique les précautions dont doivent s'entourer ceux qui acceptent la surveillance de ces malades. Ces conseils seront d'ailleurs utiles à tous ceux qui ont à donner leurs soins à des aliénés, quel que soit le mode de traitement employé.

Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux faites à l'asile clinique (Sainte-Anne), par V. MAGNAN, recueillies et publiées par les Drs Marcel Briand, médecin en chef de l'asile de Villejuif, Legrain, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, Journiac et Sérieux, médecins-adjoints des asiles; 2^e édition (Paris, bureaux du *Progrès médical*, 1893).

Cette seconde édition, en dehors des leçons sur l'épilepsie, la dipsomanie, le délire chronique et les considérations générales sur les héréditaires dégénérés, les délirants chroniques et les intermit-

tents, contenues dans la première édition renferme une cinquième partie consacrée à la manie et aux états maniaques dans les diverses formes mentales. Ces dernières leçons comme les précédentes sont essentiellement cliniques et l'exposé séméiologique basé sur l'examen direct du malade est suivi de considérations pratiques sur le traitement et sur les mesures d'hygiène applicables à ces aliénés, notamment, sur la nécessité absolue de la suppression de la camisole de force et de tout moyen de contention dans les formes aiguës de la folie.

Ce travail ainsi que les recherches de l'auteur sur les centres nerveux (alcoolisme, folie des héréditaires dégénérés, paralysie générale, médecine légale des aliénés), résume les principaux travaux de l'auteur si favorablement connue dans l'École française de psychiatrie.

J. M.

Étude sur les tics chez les dégénérés, les imbéciles et les idiots,
par le D^r JULIEN NOIR (Paris, bureaux du *Progrès médical*
et Félix Alcan, 1893).

Il suffit de passer par un asile d'aliénés et spécialement par les sections où l'on rencontre les idiots et les imbéciles pour être frappé de la variabilité de la manière d'être chez les différents pensionnaires. De nombreux médecins aliénistes en avaient déjà fait l'observation, mais le D^r Noir, sur le conseil de son éminent maître, le D^r Bournéville, vient de se livrer à une étude d'ensemble sur cette question si intéressante à de nombreux points de vue. Il décrit, il groupe, il explique, autant que possible, les tics convulsifs ou coordonnés. Successivement l'auteur passe en revue le tic convulsif et les tics coordonnés depuis les tics les plus simples jusqu'aux grands tics, y comprenant même les tics coordonnés des aveugles. Il entreprend ensuite la description de la maladie des tics convulsifs et des phénomènes (échokinésie, écholalie, coprolalie) qui l'accompagnent et les tics purement psychiques. Cette description est suivie de considérations sur l'étiologie, la pathogénie, la valeur séméiologique et le traitement des tics.

Ce travail est illustré de nombreuses phototypies représentant les tics les plus importants et constitue un chapitre que nous appellerons tout nouveau dans l'étude de la pathologie de la dégénérescence.

J. M.

L'idiotie. — Hérité et dégénérescence mentale, psychologie et éducation de l'idiot. — Leçons professées à la Salpêtrière, par le Dr JUL. VOISIN, médecin de la Salpêtrière. Avec 17 gravures dans le texte (Paris, Félix Alcan, 1893).

Les travaux classiques sur l'idiotie sont relativement rares et cependant l'attention pour le placement et l'éducation des arriérés est chaque jour croissante. Il existe bien des établissements où l'on donne l'hospitalité à ces déshérités de l'intelligence, mais il en est fort peu où un traitement rationnel trouve quelque application. C'est que, malheureusement, bien des chefs d'établissements sont en désaccord avec les médecins aliénistes. Ils ne peuvent ou ne veulent pas se rendre compte des progrès incessants réalisés dans cette étude.

L'œuvre du Dr Voisin est appelé à rendre un bien grand service non seulement aux médecins mais encore à tous ceux qui désirent s'occuper de l'amélioration de l'idiot.

L'auteur prend comme point de départ les lois de l'hérédité en général et de l'hérédité morbide en particulier, ainsi que les causes de la dégénérescence mentale dont l'idiotie est le dernier degré.

Choisissant ses exemples parmi les différents types d'idiots de son service dont les photographies démonstratives sont reproduites dans ce volume, il examine leurs instincts, leurs sentiments, leurs lueurs d'intelligence et de volonté ainsi que leurs caractères physiques. De là il passe à l'éducation et au traitement qui doivent être appliqués à ces déshérités pour qu'ils cessent d'être à charge à tous et qu'ils deviennent utiles à eux-mêmes et à la société. J. M.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1892, par M. BOURNEVILLE, avec la collaboration de MM. Dauriac, Ferrier et Noir. — Avec 37 figures dans le texte et 15 planches (Paris, bureaux du *Progrès médical* et Félix Alcan, 1893).

A plusieurs reprises déjà nous avons eu l'occasion de mentionner ces précieux et uniques rapports du célèbre médecin du quartier des idiots de Bicêtre. Les enfants continuent à y être l'objet des soins les plus assidus tant au point de vue physique qu'au point de vue du traitement. On y constate que Bicêtre n'est pas un simple lieu de refuge pour ces malheureux mais un véritable établissement qui devrait être connu de beaucoup de directeurs d'asiles qui reçoivent des enfants arriérés.

En 1892, il y a eu 138 entrées, 21 décès, 69 sorties, 7 transferts et 4 évasions. Le nombre des sorties prouve en faveur de l'établissement; un tableau spécial indique le degré d'amélioration subi au moment de la sortie.

Le travail mentionne un rapport sur un nouveau projet d'agrandissement, sur les placements volontaires des imbéciles et sur l'éducation d'une catégorie spéciale d'enfants arriérés. Il se termine par une série de 22 mémoires de M. Bourneville, assisté tantôt par M. Paul Ferrier, tantôt par M. Noir ou Dauriac. Ces mémoires se rapportent à l'idiotie méningitique, à l'idiotie symptomatique d'un ancien foyer (pseudo-kyste) du lobe temporal gauche et de ménin-gite de l'hémisphère droit, à l'idiotie microcéphalique (hémiplegie spasmodique infantile avec sclérose atrophique et tuberculose abdominale), à l'idiotie complète symptomatique de la sclérose atrophique, à l'idiotie complète symptomatique de la double porencéphalie vraie, — à l'idiotie méningitique avec craniectomie simple, à l'idiotie congénitale avec craniectomie double, — à l'imbécillité avec hémiplegie droite avec athétose, — à l'épilepsie avec tuberculose pulmonaire; au traitement chirurgical et au traitement médico-pédagogique de l'idiotie, etc. Quinze planches représentent des hémisphères pathologiques avec explications en regard, une autre planche représente les progrès rapides en écriture et en calcul chez un imbécile et une dernière planche donne le projet de l'agrandissement de Bicêtre.

Nous le constatons avec un sensible plaisir : l'organisation du service du Dr Bourneville s'étend sans cesse et le rapport comme les articles scientifiques sont en progrès incessants.

J. M.

—

Der Verbrecher in anthropologischer Beziehung, von A. Dr BAER, Oberarzt an den Strafgefängniss Plotsenzee (Berlin), mit vier lithographischen Tafeln (Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1893).

Le criminel au point de vue anthropologique, tel est le titre de l'ouvrage que nous avons devant nous. Après les nombreux travaux qui ont paru successivement depuis une dizaine d'années sur l'anthropologie criminelle dans les principaux pays de l'Europe, après les trois Congrès qui ont été tenus sur la même matière, l'œuvre du Dr Baer peut être considérée comme le digne pendant de celle de Lombroso, le fondateur de l'École positiviste. Comme ce dernier l'auteur passe en revue le crâne et la face du criminel ainsi que les autres anomalies qui peuvent se rencontrer chez l'homme tant au point de vue physique qu'au point de vue physiologique.

Le Dr Baer pousse ses investigations bien plus loin que Lombroso et bien des fois il vient infirmer les conclusions des données anatomiques présentées par le célèbre professeur de Turin au sujet du criminel-né. Il rejette cette théorie en s'appuyant non seulement sur les résultats de ses propres investigations mais encore sur ceux fournis par une légion d'autres travailleurs. Il se hâte bien de confondre la dégénérescence avec la criminalité et déjà au commencement de son travail, après avoir décrit les caractères physiques du crâne et de la face, il différencie et expose ses idées sur les difformités crâniennes chez le criminel, dans les psychoses et l'épilepsie, chez les prostituées et les alcooliques.

Le Dr Baer s'occupe également de l'étude du cerveau du criminel, de ses méninges et de son état morphologique.

Après avoir exposé l'état de la science actuelle au sujet des anomalies physiques dont le corps peut être l'objet, l'auteur consacre des chapitres de la plus haute importance à l'étude critique des phénomènes de la dégénérescence physique du criminel; de sa physionomie, de son état bio-chimique, de ses organes des sens et des anomalies de la sensibilité. Il confirme de la sorte qu'il existe des criminels qui n'offrent aucun phénomène de dégénérescence physique, qu'il y en a d'autres qui présentent un ou plusieurs signes de cette dégénérescence, mais que ceux-ci se constatent également chez des aliénés, des épileptiques et des idiots et même chez l'homme normal. L'étude des altérations de la sensibilité constitue une excellente réfutation des opinions de Lombroso au sujet de la dis-vulnérabilité des criminels et nous croyons même pouvoir affirmer que tous les médecins des prisons sont unanimes à partager les idées du Dr Baer.

La deuxième partie de l'œuvre s'occupe des qualités psychiques du criminel. L'auteur passe en revue les différentes qualités intellectuelles et insiste sur la faiblesse de la volonté, sur le manque de consistance et de caractère sur la diminution de sens moral, sur l'indifférence du criminel, tout en déclarant que bien souvent il existe chez lui des sentiments très respectables et spécialement ceux relatifs à la famille. Aussi le Dr Baer ne peut-il s'empêcher de relever ce fait bien capital que bien des criminels expliquent leur origine en déclarant qu'ils sont tombés dans le crime en assistant chez leurs parents à des mauvais exemples, en prouvant qu'ils sont le fruit d'une mauvaise éducation ou de l'une ou l'autre passion. L'auteur ne donne aucune statistique à ce sujet, mais nous sommes à même de certifier que le plus grand nombre des criminels aurait évité la prison s'ils avaient connu ou suivi les principes de la morale qui doivent sans cesse guider l'homme sur le chemin de la vie. Ainsi

s'explique la dégénérescence morale chez le récidiviste et l'auteur en fournit abondamment l'épreuve.

La dégénérescence héréditaire jointe à l'absence des soins physiques et psychiques chez l'enfant favorise d'une manière singulière le développement de l'aliénation mentale chez celui qui est devenu un criminel. Le Dr Baer s'occupe longuement de cette question et entre dans des détails pour les différentes formes de psychoses qu'on rencontre dans les pénitenciers. La folie morale y occupe naturellement la place la plus importante; c'est un véritable mémoire qu'il a écrit à ce sujet en se basant sur les opinions émises sur cette question par la grande majorité des auteurs qui se sont occupés de cette défectuosité mentale qui occupe très souvent le milieu entre le crime et la folie. A l'étude de l'épilepsie, cette question si importante au point de vue de la criminalité, l'auteur sacrifie également un chapitre spécial.

La troisième partie de l'ouvrage s'occupe exclusivement du criminel-né, exposant d'abord le type criminel et successivement l'atavisme physique, l'atavisme psychique, le développement moral du criminel professionnel, la comparaison du criminel-né au fou moral et à l'épileptique, l'organisation individuelle et la criminalité.

Le travail se termine par une annexe dans laquelle l'auteur rapporte une longue série de citations empruntées à des auteurs différents et des observations personnelles.

Nous terminons ainsi l'exposé succinct d'une œuvre magistrale qui expose la question de l'anthropologie criminelle suivant l'état actuel de la science. Nous avons pu constater que l'auteur est parfaitement au courant de la question qui doit l'avoir occupé depuis de nombreuses années, puisque on peut considérer son œuvre comme le développement de son travail couronné en 1885 par le Congrès international pénitentiaire de Rome. C'est une œuvre bien consciencieuse dont on ne pourrait trop encourager la lecture, qui est appelée à bien des éditions, voire même à être reproduite en des langues étrangères. Ceux qui s'en changeraient rendraient, comme l'auteur, un bien grand service à la science!

J. M.

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE
DE BELGIQUE.

N° 71. — Décembre 1893.

Société de Médecine mentale de Belgique.

Procès-verbal

de la séance ordinaire tenue au Palais de l'Université à
Bruxelles, le samedi 28 octobre 1893

Sous la présidence du D^r DERODE, Président. — D^r JUL. MOREL,
Secrétaire.

Assistent à la séance : MM. De Boeck, De Craene, Derode,
Francotte, Heger, Morel, Peeters, Vermeulen.

Se sont fait excuser : MM. Cuyllits, Lentz, Lefebvre,
Moulaert.

CORRESPONDANCE.

1° Des lettres de MM. Näcke, médecin de l'asile d'aliénés de Hubertusburg; Toulouse, médecin de l'asile Saint-Yon; Alder Blumer, médecin-directeur de l'hôpital pour aliénés d'Utica; Allison, médecin-directeur de l'hôpital pour aliénés criminels de Landing Fiskill; Nicholson, médecin-directeur de l'asile pour aliénés criminels à Broadmoor et van Deventer, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Meerenberg, accusant réception de leur diplôme de membre honoraire et remerciant la Société de les avoir associé à nos travaux.

2° Une lettre du Ministre de l'Agriculture, de l'Industrie et

des Travaux publics, demandant à connaître la destination actuelle des abonnements de notre publication payés par son département au moyen du subside annuel.

3° Une lettre de M. Semal, remerciant la Société pour les félicitations qui lui ont été adressées à l'occasion de sa promotion dans l'Ordre de Léopold.

TRAVAUX IMPRIMÉS.

La Société a reçu les travaux suivants :

1° De la part du Bureau du dernier Congrès d'anthropologie :

Actes du troisième Congrès international d'anthropologie criminelle tenu à Bruxelles en août 1892.

2° Du professeur E. Morselli, de Genève :

Sul Chloralosio nell' insonnio dei neuropathici e degli alienati.

M. Vermeulen se charge de l'examen de ce travail.

3° Du Dr Gurrieri Raffaele :

A) *Sopra il reattivo Spiegler per l'Albumina nelle Urine;*

B) *Degenerazione del midollo spinale nell' Avvelenamento sperimentale per fosforo (Nota preventiva).*

4° Du Dr Marro, de Turin :

A) *Sulle differenze etiologiche della pazzia nella donne e nell' Uomo.*

M. De Boeck est chargé de l'examen de ces trois derniers travaux.

B) En collaboration avec le professeur Lombroso : *Studi sperimentali sul chloralosio.*

M. Vermeulen est prié d'examiner ce travail.

5° De M. L. Mongeri.

Contributo allo studio della duboisina e delle sue speciali applicazioni nelle psycopatic.

Ce travail est soumis à l'examen de M. Francotte.

6° Du professeur Heinr. Obersteiner, de Vienne :

Die Lehre vom Hypnotismus.

M. Derode fera l'analyse de ce travail.

7° Du Dr Schüle, médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Illenau :

Zur Paranoïa Frage.

8° Du Dr Oebeke, de Bonn :

Ueber die Pupillenreaction und einige andere Erscheinungen bei der allgemeinen fortschreitenden Paralyse mit Berücksichtigung der Syphilisfrage.

M. De Boeck est chargé de faire une analyse de ces deux derniers travaux.

9° Du Dr Näcke, de Hubertusburg :

Das vorkommen des Gaumenwulstes (Torus palatinus) im Irrenhause und bei geistig Gesunden.

Soumis à l'examen de M. Cuylits.

10° Du Dr Albrecht Erlenmeyer, de Bendorf a/Rh. :

Ueber die Anwendung der chirurgischen Revulsifmitteln bei Gehirn- und Nervenkrankheiten.

M. Derode se charge de l'examen de ce mémoire.

11° De M. le professeur Boddaert, de Gand :

Étude sur le développement de l'œdème nerveux et de l'œdème lymphatique.

12° De M. le professeur Houzé, de Bruxelles :

Les effets du régime artificiel sur le développement intellectuel.

Renvoyé pour examen à M. Cuylits.

13° *Journal de la Policlinique de Namur*, nos 11, 12, 13.

14° De la part du Dr Coni, de Buenos-Ayres :

A) *Anales del departamento nacional de hygiene*; año III, nos 4 et 5.

B) *Revista de la Societat medica Argentina*, vol. II, n° 10.

15° De M. De Bruyn, ministre de l'Agriculture :

A) *Bulletin du service de surveillance de la fabrication et du commerce des denrées alimentaires. Compte-rendu mensuel 1893* (juillet, août, septembre).

B) *Arrêtés, circulaires et instructions concernant le choléra* (1893).

16° De M. Clark Bell, de New-York :

Transactions of the American international Congress of 1893.

17° De MM. les D^{rs} Reliquet et A. Guépin, internes des hôpitaux :

Faux rétrécissements de l'urèthre.

La Société vote des remerciements aux différents donateurs.

TRAVAUX MANUSCRITS.

M. le professeur Francotte présente au nom de son chef de clinique, M. Massaut, un travail, intitulé: *Des injections sous-cutanées de sulfate de duboisine en médecine mentale.*

La Société en décide l'impression dans le prochain bulletin.

M. De Boeck entre dans de longs développements sur l'histoire d'un cas de folie à deux. Ce cas pathologique qui offre un intérêt tout spécial au point de vue de la genèse de ce genre de folie donne lieu à une longue discussion à laquelle tous les membres ont pris part.

La Société décide que ce travail paraîtra dans le prochain fascicule.

ANALYSES D'OUVRAGES.

M. Francotte donne lecture de l'analyse de la thèse présentée à la Faculté de médecine de Bruxelles, par le D^r De Boeck : *Contribution à l'étude de la physiologie du nerf*, et du travail du D^r Muchin : *Paralysis spinalis syphilitica.*

M. Deroode lit l'analyse du travail du D^r Koch : *Beitrag zur Lehre der krankhafte Vorstellungen.*

Après avoir remercié les auteurs de ces analyses, la Société en décide l'impression dans le Bulletin.

RAPPORT SUR LA CANDIDATURE DE M. LE D^r VAN LAERE, MÉDECIN-ADJOINT A L'ASILE S^{te}-ANNE LEZ-COURTRAI.

M. De Craene, chargé du rapport, fait connaître le candidat comme une nouvelle et heureuse acquisition pour la médecine mentale.

Il a pu apprécier depuis plusieurs mois non seulement ses qualités intellectuelles mais encore son dévouement pour les aliénés et un goût très prononcé pour l'étude des maladies mentales. M. De Craene est convaincu que par son admission la Société ferait une heureuse acquisition.

Conformément au règlement, le vote sur la candidature aura lieu à la séance prochaine.

RAPPORT DU TRÉSORIER SUR LA GESTION FINANCIÈRE DE LA SOCIÉTÉ PENDANT L'ANNÉE 1892-1893.

M. Morel, après avoir rendu compte des dépenses et des recettes de la Société, regrette que par suite d'un surcroît de travaux scientifiques, il se soit trouvé obligé d'augmenter le volume habituel du Bulletin.

Malgré une dépense pour frais d'impression, plus grande que les années antérieures, le compte annuel se solde encore par un boni de fr. 5,010,11.

ÉLECTION DU VICE-PRÉSIDENT ET DU SECRÉTAIRE-TRÉSORIER POUR L'ANNÉE 1893-1894.

M. De Boeck, à l'unanimité des voix, est proclamé Vice-Président. (*Applaudissements.*)

M. Morel est maintenu dans ses fonctions de secrétaire-trésorier.

MOTION D'ORDRE.

M. Morel fait part que le Comité d'organisation pour la prochaine fête jubilaire de la Société s'est réuni avant la séance. Il a reçu une lettre de M. Lentz, de Tournai, par laquelle cet honorable membre regrette de ne pouvoir accepter la mission que la Société lui avait confiée. Il propose de procéder à son remplacement à la séance prochaine. — Adhésion.

M. Morel déclare encore que le Comité a désigné comme président, M. Lefebvre; comme vice-président, M. Vermeulen et comme secrétaire, M. Francotte.

M. Francotte expose le programme provisoire tel qu'il a été admis par le Comité :

1° La publication d'un livre jubilaire, exclusivement composé de travaux originaux.

2° Une séance solennelle.

3° Un banquet.

La Société sera consultée ultérieurement sur le programme définitif.

CONCOURS DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE.

En dehors de l'une ou l'autre question de pathologie mentale laissée au choix de l'auteur, la Société croit devoir recommander aux concurrents les deux questions suivantes :

1° *Étude clinique des maladies mentales, transitoires ou permanentes, consécutives aux maladies infectieuses et aux délabrements organiques, à l'exclusion de la syphilis. L'auteur insistera spécialement sur leur pathogénie.*

2° *Le traitement rationnel de la folie basé sur les indications étiologiques ?*

Les mémoires devront être adressés au Secrétaire avant le 31 décembre 1895.

Vu l'heure avancée, la Société ne peut aborder les autres objets à l'ordre du jour.

La séance prochaine aura lieu au Palais de l'Université de Bruxelles, le 27 janvier 1894.

Le Secrétaire,
JUL. MOREL.

Le Président,
L. DERODE.

CLINIQUE DE M. LE PROF. X. FRANCOLTE.

DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES

DE

SULFATE DE DUBOISINE

EN MÉDECINE MENTALE

Par JOSEPH MASSAUT,

Chef de la Clinique des maladies mentales de l'Université de Liège.

En ces dernières années, bon nombre d'auteurs ont vanté l'action sédative et hypnotique du sulfate de duboisine chez les aliénés agités.

D'après Lewald, les doses de 0,0002 à 0,0005 sont inefficaces. La plus convenable est de 0,002. L'auteur ne l'a pas dépassée parce que, d'après Ostermayer et Preininger, une dose de plus de 2 milligr. peut être dangereuse. Le premier symptôme est la mydriase; après 10 à 30 minutes, le calme se produit, il y a un certain embarras de la parole, puis, sommeil durant 2 à 7 heures. Ce sommeil s'est produit dans $\frac{3}{4}$ des cas (22 cas). — Il n'y a eu d'échec complet que dans 4 % des cas. — Pas de modification du pouls, ni de la respiration. Le médicament s'use à la longue; mais, il suffit d'une interruption de quelques jours pour qu'il reprenne son efficacité ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ LEWALD, *Über die Anwendung von Duboisinum sulfuricum bei Geisteskranken* (Neurolog. Centralblatt, 1891).

Geelhorn considère la duboisine comme un sédatif à action rapide, dans les psychoses avec excitation, ne présentant aucun inconvénient et par conséquent, préférable à l'hyoscine.

La dose pour injection sous-cutanée doit être :

Chez la femme	0,0008 à 0,0012
Chez l'homme.	0,0012 à 0,0022

En cas d'usage prolongé, il faut augmenter progressivement la dose. On doit être très prudent chez les vieillards et les anémiques, parce qu'il se produit facilement des pertes de conscience, des convulsions, des vertiges ⁽¹⁾.

D'après Ostermayer, chez les aliénés, des doses de 1 à 2 mgr. d'atropine en injection sous-cutanée ont une action sédativ et hypnotique. Moins sûre et moins puissante que l'hyoscine, elle ne détermine pas comme cette dernière, une dépression des forces. Dans les états d'excitation, la duboisine l'emporte en rapidité et en efficacité, sur l'atropine et agit tout aussi bien que l'hyoscine. Certains individus sont très sensibles à la duboisine et réagissent vis-à-vis de 1/2 à 1 milligr. comme les autres vis-à-vis de 3 milligr. ⁽²⁾.

Giovanni a obtenu, avec la duboisine, de bons résultats chez les aliénés agités. Il suffisait de 0,0005 à 0,0006. Jamais, il ne fallut monter à la dose dangereuse de 0,0015. Expérimentalement, il a constaté des effets analogues à ceux de l'atropine. La duboisine est préférable à l'hyoscine qui est dangereuse et souvent inefficace; elle réussit souvent lorsque tous les autres calmants ont échoué ⁽³⁾.

Belmondo trouve efficaces des doses de 0,0005 à 0,0015. Sans doute, les méridionaux sont plus sensibles au médica-

(1) GEELHORN, *Duboisinum sulfuricum als sedativum und hypnoticum* (*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1891).

(2) OSTERMAYER, *Ueber die sedative und hypnotische Wirkung des Atropin und Duboisin* (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLVIII).

(3) GIOVANNI, *Il solfato di duboisina quale Ipnotico nelle Psicopatie* (*Terapia moderna*, 1892).

ment que les Allemands. De plus fortes doses sont inutiles et déterminent de l'inappétence, des vomissements ⁽¹⁾.

Näcke a employé la duboisine à la dose de 1/2 milligr. à 4 milligr. Il en a obtenu de bons résultats.

Il a observé 14 fois des accidents sur 233 injections : accablement, vertige, parfois coma, rarement de la mydriase, sécheresse de la gorge, assez souvent perte d'appétit, de la céphalalgie, des convulsions. D'après lui, il s'établirait peu d'accoutumance au médicament ⁽²⁾.

Preininger a injecté des doses de 0,002 de duboisine. L'effet sédatif ou hypnotique se produit après 10 à 20 minutes et dure 1 à 8 heures, ordinairement quelques heures seulement ; il est suivi d'un état de somnolence.

Avec 0,0025 à 0,003, on a de l'agitation motrice, des convulsions cloniques des extrémités, de l'accélération du pouls et de la respiration, de l'élévation de température (jusque 39°,2) de la céphalalgie, de la faiblesse, des visions. De plus petites doses produisent une sensation de brûlure à l'endroit de l'injection, de la sécheresse de la gorge et parfois, de la céphalalgie ⁽³⁾.

Mendel recommande la duboisine chez les aliénés présentant de l'agitation motrice. L'effet hypnotique est indirect, il résulte de la sédation. Ce qui se produit d'abord, 5 à 10 minutes après l'injection, c'est du relâchement musculaire.

Mendel cite un cas de délire hallucinatoire ayant résisté au chloral, à la morphine, etc., et apaisé par la duboisine. L'auteur a rarement dépassé 1 milligr. ; il a employé habituellement 0,0005 à 0,0008.

Les phénomènes d'intoxication constants et se produisant

(1) BELMONDO, *Sull' azione sedativa ed ipnotica della Duboisina nelle malattie mentale* (Rivista di frenatria, 1892).

(2) NÄCKE, *Duboisinum sulfuricum bei Chronischgeisteskranken Frauen* (Allgem. Zeitschr. f. Psych., XLVIII).

(3) PREININGER, *Duboisinum als Sedativum und Hypnoticum bei Geisteskranken* (Allg. Zeitschr. f. Psych., XLVIII).

parfois déjà avec des doses de 0,0002, sont : mydriase, sécheresse de la gorge, souvent accélération du pouls. Il n'a jamais observé d'hyperthermie.

Mendel a renoncé à l'hyoscine parce que de faibles doses déterminent parfois des symptômes inquiétants.

Il a obtenu de bons effets de la duboisine contre le tremblement dans la paralysie agitante⁽¹⁾.

On voit que ces auteurs, s'ils ne sont pas toujours d'accord sur la dose à employer, ni sur les phénomènes d'intoxication, sont cependant unanimes à vanter l'action favorable du sulfate de duboisine et sa supériorité sur l'hyoscine et l'atropine.

Ces rapports favorables nous ont engagés à essayer le sulfate de duboisine sur les malades de la clinique des maladies mentales de l'Université de Liège, présentant de l'agitation. Nous avons employé la duboisine en injections sous-cutanées, presque toujours en solution à 1/2 ‰. Nous avons fait également quelques injections d'hyoscine et d'hyosciamine, ce qui nous a permis de comparer les trois médicaments.

Le nombre des malades soumis à ces injections a été de 24, dont 17 hommes et 7 femmes; parmi les hommes, il y avait 9 paralytiques généraux, dont un en état épileptique, 4 alcooliques, 1 dément vésanique, 1 mélancolique délirant, 1 présentant un état maniaque et 1 un délire hallucinatoire.

Les femmes étaient atteintes des psychoses suivantes : 1 démence sénile agitée, 1 démence hystérique, 1 délire généralisé, 1 mélancolie anxieuse, 1 déséquilibration très accentuée et 2 états de délire généralisé mal définis. Ces malades étaient d'âges divers; la plus jeune avait 16 ans (mélancolie anxieuse), la plupart étaient des adultes, quelques uns des vieillards.

Le nombre total des injections a été d'environ une centaine, se décomposant comme suit :

74 injections de sulfate de duboisine, dont 58 faites à des hommes et 16 à des femmes.

(1) MENDEL, *Ueber Duboisin* (*Neurolog. Centralblatt*, 1893).

13 injections d'hyoscine et 7 ou 8 d'hyosciamine.

Ces deux derniers médicaments n'ont été injectés qu'aux hommes.

Les doses de duboisine employées ont varié de 0,00025 à 0,0025. Une fois même, nous avons injecté à quelques minutes d'intervalle, deux doses de 0,0025 chacune, soit 0,005 en tout.

A la dose de 0,00025, la duboisine employée chez une femme en solution de 0,01/40 s'est montrée d'une efficacité douteuse les trois premières fois, les quatre autres fois, elle s'est montrée complètement inactive.

Les doses de 0,001 ont produit chez deux malades, du calme qui a duré toute une journée, chez l'un même, il s'est produit un sommeil de courte durée et un sentiment d'ivresse après l'injection.

Un autre malade s'est calmé après deux injections de 0,001 chacune, faites à un quart d'heure d'intervalle, alors que la première était restée sans effet.

Nous avons fait une vingtaine d'injections de 0,00125. Presque toutes, après un laps de temps variant entre 10 et 30 minutes, ont produit un calme persistant de quelques heures à toute une journée et même, un sommeil durant toute la nuit. Deux de ces injections seulement sont restées inactives : l'une avait été faite à un paralytique général en état épileptique, une injection subséquente de 0,001 a produit une très légère diminution des convulsions, l'autre à un paralytique général à qui on avait fait la veille deux injections successives de 0,0025 chacune. Douze de ces doses de 0,00125 ont été injectées pendant six jours consécutifs à un paralytique général, matin et soir. Elles ont donné d'excellents résultats : sédation jusque vers 4 heures de l'après-midi et sommeil jusqu'au matin.

La duboisine a été employée par nous, une fois, à la dose de 0,0015 dans la matinée, chez un alcoolique à qui l'administration de 0,0025 avait causé la veille, des troubles assez sérieux. Cette dose de 0,0015 a calmé le malade pendant la journée et lui a procuré du sommeil pendant toute la nuit.

Les doses de 0,00166 ($\frac{1}{3}$ de seringue à $\frac{1}{2}$ %) se sont montrées actives 5 fois sur 6. Après un intervalle de 10 minutes à 1 h. $\frac{1}{2}$, l'injection a produit du calme durant tantôt quelques heures, tantôt toute la journée, ou du sommeil pendant toute la nuit.

Une fois, deux injections successives de 0,00166 ont donné des résultats satisfaisants, sans aucun accident.

0,002 injectés d'emblée sont restés une fois inefficaces; une fois l'injection a paru augmenter l'agitation et a produit des vomissements; trois autres fois elle a calmé les malades.

Nous avons fait 26 injections de 0,0025 d'emblée.

Les effets en ont été divers : tantôt nuls, tantôt une accalmie se produisant plus ou moins tôt, 10 minutes à 30 minutes après, persistant parfois une heure seulement, parfois toute une journée, tantôt un sommeil d'une durée également variable. Assez souvent, nous avons constaté des troubles divers dont nous parlerons à l'instant.

Deux doses de 0,0025 administrées le même jour ont produit le calme sans accidents.

Nous avons atteint une fois 0,00457 sur la journée, en trois doses successives, dont deux de 0,00166 et une de 0,00125. Résultat : après les deux premières, calme de 3 à 4 heures chaque fois; après la dernière injection, calme persistant, pas d'accident.

0,005 administrés en deux fois, à un quart d'heure d'intervalle, ont amené après 30 minutes, une perte de connaissance, suivie d'un état de prostration qui a duré jusqu'au lendemain à 9 heures du matin (ces deux injections avaient été faites à 5 heures du soir).

Chez certains malades, la duboisine produit l'accélération du pouls, chez d'autres pas.

Très fréquemment, on observe la dilatation des pupilles qui est parfois énorme, surtout à la dose de 0,0025. Cette dilatation est parfois le seul signe d'intoxication, parfois elle est suivie d'autres accidents.

La dose de 0,00125 que nous avons employée fréquemment,

a produit deux fois seulement, de légers inconvénients et cela, chez deux malades qui avaient bien supporté des doses plus élevées : l'un a présenté un peu de prostration et d'égarement, l'autre, des crachotements et des nausées.

0,001 a déterminé une fois un peu d'ivresse.

Les doses de 0,00166, par extraordinaire, n'ont jamais donné lieu à aucun symptôme d'intoxication.

Le médicament à la dose de 0,002 a produit deux fois sur cinq de l'assoupissement, du malaise, des nausées, des vomissements.

Avec 0,0025, nous avons constaté fréquemment les mêmes accidents et en plus, de la dépression, de la sensation d'ivresse, des vertiges, de la faiblesse dans les membres, du picotement dans les yeux, de la cyanose de la face.

Quatre fois, nous avons observé des pertes subites de connaissance se produisant, tantôt quelques minutes, tantôt une demi-heure après l'injection. Le pouls restait tantôt normal ainsi que la respiration, tantôt il était affaibli. Dans un de ces quatre cas, il s'est produit des mouvements convulsifs et des évacuations involontaires.

La conscience a reparu au bout de deux minutes, ou au bout d'un quart d'heure.

Chez un de ces malades, il s'est produit plusieurs pertes de connaissance successives, à la suite d'une seule injection.

A la suite de ces lipothymies se manifestait un état d'égarement, qui durait parfois toute une journée.

Chez un autre malade, paralytique général, une demi-heure après l'injection, s'est déclaré un besoin incessant de locomotion qui a fait sauter et courir le patient pendant toute l'après-dinée et toute la nuit.

D'après ces observations, incomplètes sous certains rapports, puisqu'il n'y est, par exemple, pas tenu compte de l'état des organes qui, comme ceux de la circulation pourraient influencer la production des accidents, le sulfate de duboisine paraît, dans la majorité des cas, être utile, chez les

aliénés agités. Mais son action, différente suivant les doses, paraît surtout varier avec les individus. Nous avons en effet obtenu des échecs avec des doses élevées et d'autre part, des accidents, légers il est vrai, avec des doses très faibles. La sédation se produit tantôt 10 minutes après l'injection, tantôt après une heure et demie seulement; elle dure parfois quelques heures seulement, parfois une journée entière; parfois, le calme est définitif; d'autres fois, il se produit du sommeil d'une durée plus ou moins longue, surtout le soir. Ces différences ne présentent pas de rapports constants avec les différences de doses. Suivant les maladies, le médicament ne semble pas agir différemment. Comme action sur certains symptômes spéciaux, notons que chez un paralytique général en état de mal épileptique, deux injections successives, l'une de 0,00125, l'autre de 1 milligr., n'ont produit qu'une diminution à peine sensible des convulsions; la duboisine a ramené le calme chez des malades en proie à des hallucinations.

Les femmes ne paraissent pas se comporter autrement que les hommes, ni les vieillards autrement que les adultes.

Chez trois de nos malades masculins, nous avons fait antérieurement des injections d'hyoscine (0,0005) et d'hyosciamine (0,0025-0,00375).

Chez l'un d'entre eux, présentant un état maniaque, l'hyoscine s'est montrée plus efficace que la duboisine. Mais nous n'avons eu l'occasion de faire à ce malade qu'une seule injection de duboisine; de plus, l'hyoscine, à la dose de 0,0005, lui occasionnait parfois du malaise, le rendait titubant et vertigineux.

Chez les deux autres malades, la duboisine a donné de bons résultats, alors que l'hyoscine et l'hyosciamine ne s'étaient montrées que peu ou point efficaces.

En résumé, on doit considérer le sulfate de duboisine comme une acquisition précieuse de la thérapeutique des maladies mentales; ce médicament est tout aussi sûr que l'hyoscine et l'hyosciamine, et moins dangereux à faible dose que l'hyoscine.

Les doses de 0,0025 que nous avons employées, surtout au

début, sont trop fortes; elles causent fréquemment des accidents et ne paraissent pas avoir une action sédative beaucoup plus certaine que les doses de 0,00125. Ces dernières nous paraissent préférables. Elles produisent tous les effets que l'on est en droit d'attendre de la duboisine et n'occasionnent que rarement des inconvénients. On peut en faire deux injections, une le matin et une le soir. Elle ne nous ont pas semblé produire l'accoutumance. La duboisine, à cette dose, procure de la sédation et amène un sommeil naturel, calme et réparateur.

DE LA CONTAGION DE LA FOLIE

PAR

Le D^r DE BOECK, membre titulaire.

La folie est-elle contagieuse? Oui, répond le vulgaire et certaines observations paraissent lui donner raison; il arrive qu'un aliéné impose son délire à ceux qui vivent avec lui, leur communique ses conceptions délirantes et fasse naître en eux des hallucinations et des illusions analogues aux siennes.

Mais faut-il en conclure que la folie est une affection contagieuse? En résulte-t-il que les personnes qui soignent les aliénés, les médecins aliénistes, le personnel des asiles doivent payer plus que d'autres un tribut à l'aliénation mentale? Faut-il isoler l'aliéné, l'éloigner de sa famille, n'en approcher qu'avec des précautions spéciales et s'en défier comme du scarlatineux et du varioleux?

Il n'en est heureusement pas ainsi : la contagion de la folie est rare; pour qu'elle se produise, il faut le concours de circonstances exceptionnelles.

C'est ce que nous nous proposons de démontrer en étudiant successivement la contagion de la folie elle-même et la contagion de certains troubles qui s'y rattachent mais dont la morbidité est discutable.

Après Calmeil⁽⁴⁾ qui s'est occupé de la contagion de la folie épidémique, Lasègue et Falret⁽⁷⁾ me paraissent avoir les premiers traité scientifiquement la question de la contagion des

troubles psychiques, en exposant les conditions nécessaires à la propagation de la folie vraie.

« L'aliéné, disent-ils, n'agit pas plus sur les gens sains d'esprit, que ceux-ci n'agissent sur lui. On a dit que l'aliénation était contagieuse et que la fréquentation des malades ne devait pas être considérée comme exempte de danger pour ceux qui vivent en contact avec eux. La chose peut être vraie pour les prédisposés en quête d'une occasion, elle est absolument fausse pour l'immense majorité des hommes raisonnables. Les infirmiers des asiles ne sont pas plus exposés que ceux des hôpitaux et la cohabitation avec les malades n'entraîne pas, pour la famille, plus de danger. De même qu'on ne réussit pas à les convaincre, de même les fous ne parviennent pas à persuader; pour qu'il en fût ainsi, il faudrait qu'ils eussent à leur service des ressources morales et intellectuelles incompatibles avec leur état pathologique. »

Ainsi établie, la question de la contagion de la folie vraie fit l'objet de discussions nombreuses; le rôle que jouent l'imitation, la suggestion dans les phénomènes psychiques n'avait pas encore été mis suffisamment en évidence. Il me paraît peu intéressant de faire l'historique de ce débat; je ne ferai que mentionner les pages qu'a consacrées Legrand du Saulle⁽⁸⁾ à la folie à deux dans son traité du délire des persécutions; il y partage les idées de Lasègue et Falret.

Je voudrais en outre montrer, par quelques chiffres, combien est rare la contagion de la folie chez les personnes qui vivent en contact continu avec les aliénés, chez les infirmiers d'asile par exemple. D'après Graf⁽⁵⁾, sur 385 infirmiers qu'il a connus à l'asile de Werneck, 3 seulement paraissent avoir dû, partiellement au moins, leur affection mentale, au contact avec les aliénés. A Roda, d'après Werner⁽¹⁵⁾, en 39 ans, on n'a observé qu'un seul cas de contagion chez un infirmier, fortement taré au point de vue de l'hérédité.

Pour acquérir des notions bien nettes sur la contagion de la folie et des troubles psychiques qui s'en rapprochent,

pour déterminer les conditions qui rendent cette contagion possible, nous passerons en revue les cas où plusieurs individus ont présenté simultanément ou successivement les mêmes symptômes psycho-pathologiques. Nous étudierons ainsi :

1° La folie à deux qui comprend :

a) La folie simultanée ;

b) La folie communiquée et la folie imposée.

2° Certaines formes mixtes comportant :

a) Des cas d'aliénation mentale vraie ; ils remplissent les conditions requises pour être rangés dans la folie communiquée ou dans la folie simultanée, mais il est difficile de les rattacher exactement à l'une ou à l'autre, tels sont les cas de folie démoniaque épidémique.

b) Des cas d'aliénation mentale vraie qui ne remplissent pas les conditions classiques de la folie à deux (folie émotionnelle partagée).

c) Des cas de contagion morbide se révélant par des troubles psychiques insuffisants pour justifier leur classement dans l'aliénation mentale, mais suffisants pour les en rapprocher, la contagion du meurtre par exemple.

Dans une première forme de la folie à deux, dans la folie simultanée, deux ou plusieurs personnes unies par des relations de famille étroites ou vivant d'une vie commune longtemps prolongée, deviennent malades à la même époque et sont prises de conceptions délirantes, d'hallucinations et d'illusions analogues sinon identiques.

Dans une deuxième forme, dans la folie communiquée, les malades ne le deviennent pas à la même époque, l'un d'eux, malade actif, infuse peu à peu son délire à l'autre malade, passif.

Il ne peut être question de contagion dans la *folie simultanée*. On y voit sans doute deux ou plusieurs individus vivant d'une même vie, unis par des liens étroits de famille ou autres, frappés d'une maladie identique, mais la cause de la

maladie de B... ne se trouve pas en A... Il n'y a autre chose dans la folie simultanée que retentissement identique chez deux ou plusieurs prédisposés.

Examinons-en de plus près la pathogénie ; la folie simultanée est due à la combinaison de deux ordres de causes : des causes prédisposantes et des causes occasionnelles qui agissent toutes deux à des degrés variables.

La rareté des cas de folie simultanée suffit à elle seule à démontrer le rôle important des causes prédisposantes dans son éclosion ; pour qu'un même délire puisse éclater simultanément chez deux individus, il faut qu'il existe chez eux une prédisposition acquise ou héréditaire analogue, sinon identique.

Dans certains cas, la prédisposition héréditaire prend une importance prépondérante et réduit presque à néant le rôle des causes occasionnelles. C'est ce que l'on observe dans la *folie gémellaire* ; l'on voit alors deux jumeaux qui vivent isolés, éloignés l'un de l'autre, devenir malades au même moment, quoique leurs conditions de vie soient depuis longtemps différentes. Il n'y aurait là rien de spécial à l'aliénation mentale : « On a vu quelquefois chez des jumeaux la même maladie éclater avec les mêmes caractères presque au même instant ^(?). »

Ball⁽²⁾ résume les conditions de la folie gémellaire dans les trois termes suivants :

1° Simultanéité de l'explosion des accidents.

2° Parallélisme des conceptions délirantes et des autres troubles physiologiques.

3° Spontanéité du délire chez chacun des deux individus qui s'en trouvent atteints.

Tout en considérant comme prépondérant le rôle de l'hérédité dans la folie gémellaire, je ne puis lui donner une importance exclusive, considérer avec Ball comme absolue la spontanéité du délire chez chacun des deux individus qui s'en trouvent atteints.

Les causes occasionnelles jouent un rôle minime sans doute,

mais indiscutable dans la production de la folie gémellaire; même s'ils vivent éloignés, à de grandes distances l'un de l'autre, les jumeaux n'abandonnent point toute relation; ils se réjouissent d'un même bonheur, partagent de mêmes tristesses. Ces rapports, quelque relâchés qu'ils soient, suffisent pour faire naître en eux des émotions analogues et les entraîner dans les mêmes troubles morbides. Il suffit pour s'en convaincre de parcourir les observations publiées par Ball ⁽²⁾, par Moreau ⁽¹⁰⁾ et par d'autres.

Dans les autres formes de folie simultanée, dans la *folie simultanée proprement dite*, le facteur hérédité n'a plus, comme nous allons le voir, l'importance qu'il avait dans la folie gémellaire.

Falret et Lasègue ignoraient la folie simultanée ou du moins avaient réuni tous les cas de folie éclatant simultanément ou successivement chez certains individus sous la dénomination de « folie à deux ou folie communiquée. » Reprenant les idées émises par Baillarger et Lunier dans la discussion du travail de Falret et Lasègue à la Société médico-psychologique (1873), Régis ⁽¹¹⁾ réunit sous la dénomination de folie simultanée des cas de folie à deux remplissant certaines conditions; mais il commit l'erreur de considérer cette folie simultanée comme constituant seule la folie à deux à l'exclusion de la folie communiquée.

Régis résume en ces termes les caractères principaux de la folie simultanée : deux individus héréditaires, c'est-à-dire prédisposés à la folie, vivant en contact intime et prolongé, deviennent fous simultanément, sous l'influence de causes occasionnelles et déterminantes, agissant sur eux au même moment et de la même façon. Ils sont ordinairement atteints au même degré : ils ont exactement le même délire et le plus souvent le délire de persécution, les mêmes hallucinations, le même langage pathologique; ils se livrent aux mêmes divagations et quelquefois aux mêmes actes désordonnés. La séparation n'a généralement aucune influence heureuse sur leur état mental, contrairement à ce qui s'observe dans la folie communiquée.

Cette définition si complète de Régis précise exactement ce qu'il faut entendre par folie simultanée; comme il est facile de le constater, la contagion ne joue aucun rôle dans sa production (*).

L'étude de la folie simultanée s'écarte donc de notre sujet. Je relèverai cependant l'importance trop absolue que Régis paraît donner dans sa genèse à l'hérédité. Il peut à mon avis y avoir folie simultanée sans prédisposition héréditaire, non pas que la prédisposition n'existe pas, mais elle s'acquiert : le terrain psychique devient mauvais, dégénère sous l'influence de circonstances défavorables, d'une mauvaise alimentation, d'un travail exagéré, de l'inobservation d'une hygiène psychique élémentaire.

Il en est ainsi dans l'observation suivante. Je n'ai pu noter de tare héréditaire bien évidente chez les deux frères qui en font l'objet, à moins qu'il ne faille donner une grande importance à ce fait que leur père est mort d'hémorrhagie cérébrale.

Les malades étaient âgés l'un de 33 ans, l'autre de 41 ans; depuis leur plus tendre jeunesse, ils vivaient en commun. La mort de leurs parents ne les a pas séparés; ils habitent la campagne, ne fréquentent pas le cabaret, n'ont jamais quitté leur village natal et travaillent bien avant dans la nuit à leur métier de tailleur, s'empressant après quelques heures d'un repos trop peu prolongé de reprendre leur tâche.

Un jour, un parent vient les voir; il critique leur manière de vivre, l'économie poussée jusqu'à l'avarice qui préside à leurs repas, le travail exagéré auquel ils se livrent; il leur conseille de se faire aider dans la besogne du ménage par une servante qui pût en même temps leur être de quelque utilité dans leur métier. Ils refusent. A diverses reprises le parent revient à la charge et leur désigne une jeune fille habitant un village voisin; à bouts d'arguments, il fait appel à leur cœur, il leur demande d'engager sa protégée pour la

(*) Comparer Régis, *La folie à deux ou folie simultanée*, pp. 40 et 94.

soustraire aux poursuites d'un garçon de ferme dont elle rejette les hommages, et qui a menacé de la tuer si elle persistait à le repousser. Ils refusent encore.

Peu après de temps, ils apprennent que l'amoureux évincé a tué la jeune fille. L'événement est pour eux la source de commentaires nombreux; il fait l'objet de leurs préoccupations constantes et vient jeter la perturbation dans leur existence si calme et si paisible. Bientôt ils sont persuadés que la jeune fille aurait échappé à la mort. s'ils avaient écouté les propositions de leur parent et, exagérant peu à peu leur rôle dans le crime, ils s'imaginent en être les complices. Mal nourris, surmenés, ils tombent rapidement dans le délire de persécution et, se suggestionnant l'un l'autre, se croient sous le coup d'un mandat d'arrêt et d'une condamnation infamante. De jour en jour ils attendent la venue des magistrats, n'osent quitter la maison, se défient de tout arrivant, veillent à tour de rôle la nuit pour éviter une surprise, abandonnent le lit et se couchent tout habillés dans un coin de la chambre pour fuir plus rapidement, si la police se présente.

Sur ces entrefaites, ils apprennent qu'une tante habitant une ville éloignée et dont ils sont les héritiers, est tombée gravement malade. Après plusieurs appels infructueux, l'un d'eux, le plus jeune, se décide à partir: à peine est-il arrivé que la tante meurt et, sur le délire chronique de persécution dont est atteint notre malade, vient se greffer un délire aigu qui force l'entourage à le colloquer aussitôt. La mort de sa tante, criait-il, était la juste punition de son crime, il se sentait irrémédiablement perdu, condamné à l'enfer et à tout jamais abandonné par Dieu.

Lorsque je le vis, il était en proie à un délire aigu intense avec confusion mentale profonde, hallucinations et illusions de la vue, de l'ouïe et probablement des autres modes de la sensibilité spéciale. Le poulx était faible et précipité; le malade se trouvait dans un état d'amaigrissement et d'anémie profonde; il refusait de manger.

Peu à peu sous l'influence d'un traitement approprié, d'une

alimentation rationnelle et de l'isolement, un calme relatif se rétablit; le délire religieux, les hallucinations cédèrent; il ne persista plus que quelques idées de persécution se rapportant à la première phase de la maladie; à leur tour elles disparurent. Le malade complètement guéri a échappé à notre observation depuis sa sortie de l'établissement.

Il se trouvait depuis quatre jours en traitement à l'asile, lorsque son frère nous fut amené. Appelé par la famille pour assister aux funérailles de sa parente, il donnait les signes d'un délire de persécution ordinaire, se croyait poursuivi par la police et destiné à finir sa vie en prison.

Pendant son séjour à l'asile, le délire persista sans aucune amélioration : le malade ne se rendait aucun compte de l'endroit où il se trouvait, prétendait être dans quelque établissement dont la destination lui était inconnue, mais où il était environné d'espions et d'ennemis et d'où on l'extrairait bientôt pour le conduire au supplice.

Le traitement n'apporta aucune modification dans son état; il fut retiré de l'établissement par sa famille sans qu'il eût présenté la moindre amélioration; je ne sais ce qu'il est devenu.

Ce cas de folie simultanée remplit toutes les conditions requises par Régis; il ne s'en écarte que par le peu d'importance qu'eut le facteur hérédité dans son éclosion. Notons le rôle évident de la prédisposition acquise, les conditions déplorables où vivaient les deux malades et ce fait assez extraordinaire de la guérison de l'un d'eux. Faut-il attribuer cette guérison à la perturbation profonde apportée chez ce malade par l'épisode aigu? C'est un point que je ne chercherai pas à résoudre.

Comme ce cas le prouve, il ne peut être question de contagion dans la folie simultanée; il ne peut être question que de suggestion réciproque qui multiplie les troubles morbides et en précipite l'apparition; il ne s'était écoulé qu'un mois depuis le moment où l'entourage avait reconnu les premiers signes de l'affection et le moment où les malades furent colloqués.

Dans la folie communiquée, contrairement à ce qui se passe dans la folie simultanée, la contagion de la folie est indéniable.

Un malade atteint d'un délire de persécution en général vraisemblable, infuse ce délire à ceux qui vivent avec lui et en discutent la véracité; il convaint de la réalité de ses hallucinations son entourage qui bientôt y ajoute foi, entend les murmures et les propos qui inquiètent l'aliéné et partage ses conceptions délirantes.

D'après Marandon de Montyel ⁽⁹⁾, trois conditions indispensables paraissent devoir se trouver réunies pour la production de la folie communiquée :

1° Une prédisposition héréditaire bien marquée chez celui auquel le délire doit être communiqué.

2° De tout temps, une vie commune aussi intime que possible entre les deux futurs codélirants.

3° Une action incessante de l'aliéné sur son compagnon sain d'esprit pour l'amener à partager ses hallucinations et ses conceptions délirantes.

Ces conditions sont réalisées dans l'observation suivante que nous considérons comme typique; nous l'empruntons à Marandon de Montyel et en reproduisons les passages principaux :

« Deux sœurs, Pauline et Léontine X..., venues au monde à trois ans de distance, étaient arrivées à la cinquantaine sans se quitter un jour. Par la famille de leur père, elles étaient fortement héréditaires.

Léontine sous l'influence de l'hérédité et aussi du retour d'âge, tomba dans un état mélancolique qu'on ne lui avait jamais vu. Elle se plaignait d'avoir de vagues inquiétudes et comme le pressentiment d'un grand malheur. Elle souffrait de la tête, racontait-elle, avait des douleurs erratiques dans les membres et les hanches. Elle avait perdu la santé comme la gaieté. Elle accusa son entourage de ne pas avoir pour elle les soins et les tendresses d'autrefois, soupçonna un peu tout le monde, sauf pourtant Pauline qu'elle affectionnait et

épargnait au milieu de son délire. Elle eut ensuite des hallucinations de l'ouïe; un délire de persécution s'ensuivit.

Pauline se fit l'infirmière dévouée de sa sœur folle et entreprit un traitement moral qui devait aboutir non pas à la guérison de sa sœur cadette, mais au naufrage de sa propre raison. Elle s'efforça de démontrer à la malade que rien ne justifiait ses idées de persécution. Sans gloire ni richesses, toujours bonnes, elles avaient fait le bien, pouvaient-elles susciter jalousie ou inimitié? Léontine, hallucinée, entendait distinctement les insultes et les railleries, le bruit infernal fait la nuit pour l'empêcher de dormir; elle sentait parfaitement les sensations étranges qui lui parcouraient le corps, sensations peu en rapport avec son âge et qui, selon son expression, la reportaient au temps de ses grandes luttes pour la vertu. Aussi, forte de tous ces phénomènes morbides, transformés à ses yeux en preuves irrécusables, à son tour elle cherchait à convaincre son amie. La bataille recommençait tous les jours et la victoire ne devait pas rester au bon sens. Toutes ces discussions portaient de plus en plus la malade à systématiser son délire et la maladie progressant, elle arriva à justifier ses conceptions lypémaniaques par des conceptions mégalomaniaques. On leur en voulait parce qu'un vieux tableau de famille, ornement du salon, valait trois cents mille francs. Elle était parvenue, assurait-elle, à saisir le secret de la conspiration. Pauline lutta avec plus d'ardeur, mais le moment approchait où le germe héréditaire transmis par le père, allait se développer et enlacer sa raison. Une nuit où Léontine plus hallucinée que jamais, lui dépeignait avec feu tout ce qu'elle entendait, lui affirmait qu'on marchait dans le salon, qu'on cherchait peut-être à emporter le tableau, Pauline elle aussi crut entendre. Elle devint dès lors plus inquiète, prêta une oreille plus attentive aux propos de sa sœur, aux mille murmures des nuits et, finalement, arriva aux mêmes hallucinations et aux mêmes conceptions délirantes que sa cadette. Elle avait combattu plus de six mois le délire qu'aujourd'hui elle faisait sien. »

Comme le démontre cette observation, la contagion de la folie est évidente dans la folie communiquée; il nous paraît impossible d'en nier la réalité comme l'a fait le Dr Brosius.

Pour cet auteur⁽³⁾, la maladie serait due à d'autres causes qu'à une contagion. C'est la prédisposition héréditaire qui constitue le contagium inconnu de sa nature, qui se transmet par la naissance et produit chez les descendants des troubles similaires ou dissemblables des facultés mentales. Le mécanisme serait le même que dans la folie gémellaire.

Nous ne pouvons partager cette manière de voir; il nous suffira, nous semble-t-il, d'un seul argument pour ruiner la thèse du Dr Brosius. L'on sait, en effet, que la folie communiquée peut frapper des personnes qui n'ont pas la même origine, chez lesquelles n'existe aucune tare héréditaire commune, par exemple, lorsqu'elle se produit chez deux époux, que la femme communique son délire à son mari ou réciproquement.

Sans nier l'importance que peut prendre l'hérédité, il faut pour que de la folie se propage, d'autres conditions et parfois celles-ci suffisent seules. « Il faut, disent Lasègue et Falret⁽⁷⁾, que les individus en cause vivent pendant longtemps, absolument d'une vie commune, dans le même milieu, partageant le même mode d'existence, les mêmes sentiments, les mêmes intérêts, les mêmes craintes et les mêmes espérances et en dehors de toute autre influence extérieure. D'autre part le délire doit avoir un caractère de vraisemblance; il faut qu'il se maintienne dans les limites du possible; qu'il repose sur des faits survenus dans le passé, ou sur des craintes et des espérances conçues pour l'avenir. Cette condition de vraisemblance seule le rend communicable d'un individu à l'autre et permet à la conviction de l'un de s'implanter dans l'esprit de l'autre. »

Cette vraisemblance, comme le démontrent certaines observations est toute relative; un délire extravagant peut devenir vraisemblable par l'entraînement.

Lasègue et Falret admettaient une troisième condition : l'élément actif qui crée le délire et l'impose progressivement

au second, élément passif, doit être plus intelligent que celui-ci. Il en est ainsi en règle générale, mais cette règle souffre des exceptions.

Dans certains cas, la contagion de la folie est légère; le malade passif admet les conceptions délirantes de l'aliéné primaire, mais ne présente ni ses hallucinations ni ses illusions. Il suffit de séparer les malades pour voir l'aliéné passif rejeter toutes les idées fausses qu'il avait accueillies.

Cette forme de folie à deux, à laquelle Marandon de Montyel, a donné le nom de *folie imposée*, constitue la transition entre l'état normal et la folie communiquée. C'est plutôt de la crédulité excessive que de l'aliénation mentale; au point qu'il peut être difficile dans la folie imposée de faire la distinction entre l'état de santé et l'aliénation mentale confirmée.

Avant d'abandonner l'étude de la folie simultanée et de la folie communiquée, voyons sous quelle forme clinique elles se présentent ordinairement. Les premiers observateurs ont été frappés de ce fait que la folie à deux affecte dans l'énorme majorité des cas la forme d'un délire de persécution; une étude plus prolongée est venue confirmer cette observation.

Quelle est la cause de cette fréquence du délire de persécution? Régis ⁽¹¹⁾ a prétendu l'expliquer notamment par ce fait que la tendance à l'idée de persécution, serait innée chez l'homme, Marandon ⁽⁹⁾ a ajouté, que si les cas de folie à deux se présentent sous la forme de délires de persécution, c'est que ce délire est au XIX^e siècle ce que la folie religieuse a été au moyen-âge. « Nous sommes dans une époque de luttes et de méfiance, de même que nos aïeux ont vécu dans une ère de foi et de superstition.... » « Si ce délire a plus de chances d'être accepté, c'est que l'état général des esprits y prédispose, moins par une tendance innée de la nature humaine que par l'influence des idées régnantes. »

Je ne partage ni l'opinion de Régis, ni celle de Marandon de Montyel; je ne puis admettre que la tendance innée de la nature humaine soit la tendance à la persécution, ni que l'in-

fluence des idées actuellement régnantes prédispose à la persécution. Ne faut-il pas voir l'unique cause de la grande fréquence du délire de persécution dans la folie à deux dans ce simple fait qu'elle se produit chez des affaiblis? A la remorque des événements, ils sont incapables de les dominer et en même temps n'ont pas conscience de leur faiblesse; aussi comprennent-ils mal pourquoi le malheur les frappe; comme souvent ils le ressentent plus vivement que les individus normaux, qu'ils sont hyperesthésiés, ils *acquièrent* une tendance au délire de persécution. Il se manifestera à la première occasion; les conditions psychiques particulières où ils se trouvent, les y prédisposent et impriment aux troubles de l'esprit un caractère dépressif.

Nous venons de voir que la folie à deux comprend trois ordres de faits parfaitement distincts :

1° La folie imposée, dans laquelle un aliéné impose ses conceptions délirantes à un être intellectuellement et moralement plus faible que lui.

2° La folie simultanée dans laquelle deux individus héréditairement prédisposés contractent en même temps le même délire.

3° La folie communiquée dans laquelle un aliéné communique ses hallucinations et ses conceptions délirantes à un autre héréditaire.

Il n'y a contagion de troubles morbides que dans la folie communiquée et la folie imposée. Cette contagion est exceptionnelle et n'est possible que dans certaines conditions sur lesquelles nous avons insisté.

A côté de ces formes mentales bien définies, réunissant les caractères classiques de la folie à deux, viennent se grouper une série de complexus psychopathologiques qui entrent plus ou moins dans le cadre des maladies mentales et dans lesquels la contagion joue un rôle tantôt plus, tantôt moins marqué. Nous les grouperons en deux catégories; dans la première, nous réunirons des cas d'aliénation mentale vraie;

dans la seconde, nous nous occuperons d'individus mi-aliénés, mi-criminels, se rattachant au groupe si mal délimité des fous moraux et des dégénérés.

La première catégorie comprend des cas qui satisfont aux conditions classiques de la folie à deux et d'autres qui s'en éloignent absolument.

Nous réunissons ceux-ci sous le nom de *folie émotionnelle partagée*; ils n'appartiennent ni à la folie communiquée, ni à la folie simultanée, ni à la folie imposée; ils n'en présentent pas les caractères.

Cette folie émotionnelle partagée se traduit le plus souvent par une *folie suicide partagée*; quoique n'ayant point vécu d'une vie commune, quoique n'ayant pas les mêmes aspirations intellectuelles, deux amants, contrariés dans leur amour, craignant de se voir séparés, sont entraînés par la passion dans un même raptus émotionnel et se suicident.

Dans cette folie émotionnelle partagée comme dans la folie simultanée, il n'y a pas contagion psychopathologique, mais suggestion réciproque de deux monomanes passagers, pathologiques dans leurs amours. Ils ont héréditairement ou non acquis chacun de leur côté, la prédisposition nécessaire et, à l'occasion d'une émotion morale vive, s'influencent, se suggestionnant, exacerbant par une action réciproque leurs réactions cérébrales, leurs sensations morales, ils tombent dans une sorte de délire aigu et se tuent. Les deux malades jouent un rôle équivalent, ont une importance analogue dans la production de l'affection; il n'y a pas eu influence préalable de l'un des malades sur l'autre, mais opérations cérébrales simultanées. Ils deviennent malades en même temps, mais sans présenter les caractères classiques de la folie simultanée.

Il peut arriver que des conceptions délirantes soient partagées par plus de deux individus. On voit alors plusieurs personnes d'une même famille être atteintes d'un même délire; soit, ce qui paraît très rare, que pour toutes l'affection

ait débuté au même moment, qu'il y ait folie simultanée chez plusieurs individus, soit, ce qui est la règle très générale, qu'un membre de la famille atteint avant les autres, leur communique son délire.

Ces cas de folie partagée par plus de deux personnes (*folie partagée multiple*) ont une durée trop longue pour se rattacher à la folie émotionnelle partagée et d'autre part n'appartiennent en propre ni à la folie simultanée seule ni à la folie communiquée seule; ils en forment la combinaison et en présentent certains caractères (vie commune longtemps prolongée, prédisposition héréditaire ou acquise, même délire). La contagion joue le rôle le plus important dans l'extension des troubles du malade primaire à la série des malades secondaires. C'est ce que démontrera le cas suivant publié par Tacquet ⁽¹³⁾ dont nous reproduisons presque textuellement la relation :

Au mois de novembre dernier, la famille J... se composait de la mère, de deux filles, de trois garçons, dont le plus jeune n'assistait pas au drame que nous allons décrire sommairement. Le père est mort il y a quelques années, emporté par une apoplexie cérébrale; un frère et ses deux enfants sont aliénés.

Élevés dans un milieu où les pratiques religieuses sont conservées dans toute leur intégrité, les enfants J... d'une intelligence peu développée ne tardèrent pas à tomber dans une piété exagérée, en même temps qu'ils devenaient la frayeur de leurs voisins par leurs colères et leurs emportements. L'aîné de la famille, Ange, donna le premier les signes d'une véritable exaltation religieuse, négligeant son état de meunier, passant tout son temps en prières, ne prenant que très peu de nourriture. A leur tour, sa mère, son frère et sa sœur tombèrent dans les mêmes excès.

Sur ces entrefaites arrive au moulin, Esther, la plus jeune des filles J..., qui venait de passer quelques semaines chez un de ses oncles. On l'aimait peu dans la famille, on l'accusait d'être jolie, coquette, d'être recherchée en mariage; de là à

la considérer comme un suppôt du démon, il n'y avait qu'un pas, il fut vite franchi. Dès le lendemain de son retour, elle tombait elle-même dans le même état de mysticisme que son entourage. Ce fut elle qui la première vit la Sainte Vierge, nous dit la sœur aînée. Elle déclare bientôt qu'elle ne peut plus prier, qu'elle est possédée du démon. Dès ce moment, sa mort fut résolue par Ange qui, seul, semble avoir joué ici, un rôle réellement actif. La nuit s'était passé en prières, il était près de sept heures du matin, lorsque Esther F... sur l'ordre de son frère, se mit à genoux, laissant tomber sa tête sur un banc. « Tu vas renoncer, disait Ange, au démon, à ses œuvres et à ses pompes. » « Tuez-moi, répondait la malheureuse fille, je mérite la mort. » Ange ordonna à sa sœur aînée d'aller chercher une de ces grosses épingles dont les femmes de la Bretagne attachent leurs fichus à la collerette, en même temps il mettait un maillet entre les mains de son frère. Après avoir mis deux clefs en croix sur la tempe gauche de la victime, qui ne faisait aucun mouvement, il donna l'ordre de frapper. La mort semble avoir été instantanée. Tous les trois s'acharnent sur le cadavre; pendant que sa sœur lui traverse le cou, la cuisse, les pieds et les mains avec sa longue épingle, Ange pratique trois ouvertures avec un vilbrequin pour donner issue au démon.

Ces cas de folie multiple ne sont pas rares. Jakowenko^(*), en 1887, signalait dans une bibliographie 8 cas de folie à trois, 4 cas de folie à quatre, 2 de folie à six, 1 de folie à huit. Ils réunissent, comme nous l'avons dit, certains caractères de la folie simultanée et de la folie communiquée et font la transition entre ces formes et ces folies multiples si bien décrites par Calmeil⁽⁴⁾ sous le nom d'épidémie démoniaque, de *folie épidémique*. La plus célèbre de ces épidémies est celle qui sévit parmi les Ursulines de Loudun, entraîna le supplice d'Urbain Grandier, et se répandit ensuite parmi la population laïque de Loudun.

Ces épidémies ont disparu de nos pays occidentaux, mais s'observent avec assez de fréquence encore en Russie. La

dernière, en dehors des mouvements populaires causés par l'épidémie cholérique, a sévi à la fin de l'année 1891 et au début de l'année 1892 dans quelques villages de la province de Kiew. Elle se manifesta par une agitation religieuse assez intense et d'allures assez étranges pour inquiéter le gouvernement et faire nommer une commission spéciale chargée de fournir les renseignements nécessaires et de prendre les mesures que comportait la situation.

La commission d'enquête constata qu'à la tête du mouvement se trouvait un aliéné; il commandait à une série d'individus dont la plupart présentaient des symptômes manifestes de troubles nerveux et psychiques. C'était une véritable folie épidémique dont un aliéné se trouvait être le point de départ; il s'appelait Malewanny et avait donné à ses partisans le nom de Malewanzi.

Issu d'une famille d'ivrognes, Malewanny s'était adonné à la boisson jusqu'à l'âge de 40 ans. A ce moment, il se fit admettre dans une secte spéciale, cessa de boire, suivit avec zèle les exercices religieux et à diverses reprises tomba en extase. Quelques semaines après son admission dans la secte, il présentait des hallucinations de l'odorat et de la sensibilité générale; des parfums d'une suavité surnaturelle frappaient ses narines; ils ne rappelaient aucun parfum terrestre et ne pouvaient être que le parfum dégagé par l'Esprit Saint. Malewanny éprouvait une béatitude intense; son corps lui semblait d'une légèreté inaccoutumée; il se sentait quitter la terre et voguer dans les airs. Bientôt apparaît du délire; le malade se sent pénétré par l'Esprit Saint; tout ce qu'il fait en émane, il est le Christ, le Sauveur du monde; l'évangile contient des prophéties annonçant sa venue.

Il fut écouté par les paysans qui habitaient son village et les villages voisins. Convaincus de la réalisation prochaine des prophéties de leur maître, ils se mirent à mener une existence absolument désordonnée, vendirent leurs propriétés et cessèrent de travailler; ils passaient la journée plongés dans une béatitude céleste, s'habillaient de vêtements luxueux,

ne se nourrissaient que de douceurs et de sucreries. Malewanny était pour eux le Sauveur du monde; bientôt il en renouvellerait la face; les hommes deviendraient immortels, et sans qu'ils se livrassent à aucun travail ou ne prissent aucun souci, Dieu pourvoirait avec largesse à leur subsistance.

La plupart étaient atteints, comme le prophète, d'hallucinations de l'odorat et d'autres modes de la sensibilité spéciale; comme lui, ils sentaient le parfum qui émanait de l'Esprit Saint; leur corps était d'une légèreté inaccoutumée; ils planaient au-dessus du sol; en communication avec Dieu dont ils entendaient la voix, ils voyaient s'ouvrir le ciel. Les convulsions hystérisiformes étaient fréquentes chez eux; dans les réunions ils se jetaient à terre, se convulsaient comme dans la danse de saint Gui, poussaient des cris inarticulés; les femmes ôtaient leurs vêtements et devenaient la proie d'un délire érotique violent. En général ils se trouvaient dans un état de maigreur et d'anémie profondes.

Par suite des mesures énergiques prises par le gouvernement, l'épidémie prit fin et actuellement a complètement disparu. Ssikoński⁽¹²⁾ qui faisait partie de la Commission gouvernementale et qui a publié le récit tout médical dont nous venons de faire le résumé, a noté l'énorme extension de l'alcoolisme dans les districts envahis.

Au point de vue de la contagion, il faut rattacher à ces folies épidémiques les *crimes des foules* si bien décrits par Tarde⁽¹⁴⁾ au dernier Congrès d'Anthropologie criminelle. Ils représentent une forme atténuée de la folie épidémique, affectent un caractère émotionnel et se traduisent en un raptus passionnel enlevant à la fois à eux-mêmes tous les individus d'une même population.

Comme dans tous les cas de contagion psychopathologique, il faut un concours de causes prédisposantes nettement accusées pour que le crime des foules soit possible. « Comment, se demande Tarde, se forme une foule? Par la vertu de quel miracle tant de gens, dispersés naguère, indifférents les uns

aux autres, se sont-ils solidarisés, agrégés en chaîne magnétique, poussent-ils les mêmes cris, courent-ils ensemble, agissent-ils de concert ? Par la vertu de la sympathie, source de l'imitation et principe vital des corps sociaux. Une poignée de meneurs réveille cette puissance endormie, la dirige vers un point déterminé; mais pour que cette impulsion initiale soit suivie et que l'embryon de la foule aille vite grossissant, *il faut qu'un travail antérieur, et tout semblable au fond, se soit opéré dans les cerveaux.* Une contagion lente d'esprit à esprit, une imitation tranquille et silencieuse a toujours précédé ces contagions rapides, ces imitations bruyantes et entraînantes qui caractérisent les mouvements populaires. »

La foule doit donc pour commettre un crime y être préparée; il faut qu'il y ait prédisposition; soit par pénétration lente de conceptions semblables, par un dressage cérébral convenable, soit par suite de l'affaiblissement cérébral, conséquence de la misère physiologique et psychique. Les exemples affluent lorsqu'on les cherche; les grèves récentes, les guerres, les sièges célèbres, les épidémies fournissent des preuves nombreuses de la réalité de cette prédisposition.

Comme dans le cas de délire religieux à cinq que nous avons relaté, il y a dans les crimes des foules à la fois contagion et simultanéité, au point qu'il est difficile, sinon impossible de distinguer les meneurs des menés; d'autre part, comme dans la folie communiquée, il faut une préparation, un terrain convenable pour que la contagion du crime soit possible.

Ces considérations sur le rôle de la contagion dans la criminalité des foules nous ont entraînés en dehors du domaine de l'aliénation mentale proprement dite et nous conduisent à examiner certains cas de contagion psychique morbide survenant chez des individus temporairement ou définitivement anormaux et qui en général appartiennent au groupe des dégénérés et des fous moraux ou le cotoient de fort près.

Nous voulons parler des assassinats par imitation, des épidémies de vitriolage et autres analogues qui sévissent par moments, en un mot des formes diverses de la *contagion du meurtre* décrites par Aubry⁽¹⁾ dans une communication au Congrès d'anthropologie criminelle de Paris.

La contagion du crime est d'observation journalière; tout assassinat retentissant engendre une suite de crimes semblables, exécutés de la même manière par des criminels d'occasion. L'assassinat récent du maire de Chicago a déterminé l'éclosion d'une épidémie de ce genre et provoqué l'arrestation d'une série de détraqués décidés à tuer le Président des États-Unis. On se souvient d'autre part des ravages que fit le vitriolage.

Comme tout autre espèce de contagion psychopathologique, la contagion du crime n'est possible que sur un terrain convenablement préparé. Aussi Aubry insiste-t-il et avec raison sur le rôle de la presse dans la contagion du crime. Il la considère comme tout particulièrement dangereuse; la lecture de certains romans et principalement les articles des journaux dont les auteurs se complaisent à donner in extenso le compte-rendu des crimes commis chaque jour, avec une abondance extraordinaire de détails émouvants, entraîne les prédisposés, les dégénérés. Incapables de peser leurs actes, d'établir un rapport exact entre ceux-ci et leurs conséquences, ils trouvent dans l'imitation du crime célèbre un moyen d'attirer l'attention et de satisfaire leur vanité morbide.

Il ressort clairement de l'étude critique que nous venons de faire que : *la contagion psychopathologique n'est possible que sur un terrain convenablement préparé par l'hérédité ou par le milieu*. Cette formule étiologique nous servira de guide dans le *traitement de la contagion*; il sera avant tout préventif.

Le traitement actuel n'est qu'exceptionnel; il n'est possible que dans les cas de contagion restreinte. Il faut séparer les malades, les isoler, suspendre leurs relations habituelles, les

empêcher de se suggestionner l'un l'autre et d'infecter les individus sains. Ces mesures sont inapplicables dans les folies émotionnelles partagées de courte durée; elles sont impraticables dans les épidémies qui frappent toute une population. Il en serait tout au moins ainsi, me semble-t-il, dans nos pays occidentaux. En Russie, la grande extension de la folie épidémique suscitée par Malewanny, dont nous avons parlé dans le cours de ce travail, n'a pas arrêté l'administration : elle interdit les assemblées des Malewanzi, provoqua la collocation des adeptes qui présentaient des symptômes manifestes d'aliénation mentale, envoya à l'hôpital ou au couvent ceux qui n'étaient atteints que de troubles hystériques et déporta ceux qui avaient commis des actes criminels.

Reste donc le traitement préventif de la contagion morbide; il résulte, comme nous le disions, de sa pathogénie. Il faut, pour la rendre impossible, rectifier les tares héréditaires, donner au cerveau la vigueur nécessaire pour résister à l'action morbide du milieu, renforcer l'action corticale, relever le niveau intellectuel et moral de la population, attacher à l'hygiène psychique une importance égale à celle qu'aujourd'hui l'on donne à l'hygiène corporelle et, pour ce qui regarde plus spécialement la contagion du crime, éviter, comme le disait Aubry, de l'exalter dans les écrits, les romans, les journaux, de le rendre séduisant en lui donnant plus d'importance qu'à tout autre événement, en le reproduisant par la gravure, en célébrant le criminel (*).

(*) Nous croyons utile de donner en note la classification de la folie à deux qu'a proposée M. le Dr Heger dans une discussion sur la folie à deux à la Société des Sciences médicales de Bruxelles (séance du mois de novembre 1893). Il abandonne le terme de folie à deux qui lui paraît peu en situation, puisqu'il existe des folies à trois, à quatre, etc., adopte la dénomination générale de : folie simultanée et la divise en folie simultanée :

1° Par hérédité (folie gémellaire);

2° a) Par retentissement identique (la folie émotionnelle); b) par suggestion ou influence (la folie démoniaque).

BIBLIOGRAPHIE.

- (1) AUBREY, *La contagion du meurtre. Actes du deuxième Congrès d'Anthropologie criminelle*. Paris, 1889.
- (2) BALL, *De la folie gémellaire (L'Encéphale)*, 1884).
- (3) BROSIUS, *Considérations sur la folie à deux (Irrenfreund)*, 1885 et *Annales médico-psychol.*, 1887).
- (4) CALMEIL, *De la folie*, etc. Paris, 1845.
- (5) GRAF, *Ueber den Einfluss Geisteskranken auf ihre Umgebung (Allg. Ztschr. f. Psych., XLIII, 3)*.
- (6) JAKOWENKO, *Das inducirte Irresein als eine Form patholog. Nachahmung. (Wjestnik psichiatrii i neuropathologii)*, 1887 et *Neurol. Centralbl.*, 1887).
- (7) LASÈQUE et FALRET, *La folie à deux ou folie communiquée (Annales médico-psychol., novembre 1877)*.
- (8) LEGRAND DE SAULLE, *Du délire de persécution*. Paris, 1871.
- (9) MARANDON DE MONTYEL, *Contribution à l'étude de la folie à deux (Annales médico-psychologiques)*, 1881).
- (10) MOREAU, de Tours, *La psychologie morbide*, cité par Ball (*La folie gémellaire*).
- (11) RÉGIS, *La folie à deux ou folie simultanée*. Paris, 1880.
- (12) SSIKOZSKI, *Eine psychopathische Epidemie im Jahre 1892 im Kiew'sche Gouvernement (Universitetskija Iswestija, Kiew, 1893 et Neurol. Centralbl., juillet 1893)*.
- (13) TACQUET, *Un cas de folie religieuse à cinq (Annales médico-psychologiques)*, 1887).
- (14) TARDE, *Les crimes des foules. Actes du troisième Congrès d'Anthropologie criminelle*. Bruxelles, 1893.
- (15) WERNER, *Ueber die sogen. psychische Contagion (Allg. Ztschr. f. Psych., XLIV, 1888)*.

ANALYSES D'OUVRAGES.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PHYSIOLOGIE DU NERF. Thèse présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Bruxelles, par le D^r DE BOECK.

Analyse par le D^r FRANCOTTE, membre titulaire.

La transmission d'une excitation normale dans un nerf normal s'accompagne-t-elle ou non d'un changement de température appréciable, en d'autres termes, le nerf qui fonctionne s'échauffe-t-il, ou se refroidit-il?

Telle est la question dont notre collègue, M. le D^r De Boeck a fait l'objet de sa thèse présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Bruxelles.

La question avait déjà été traitée antérieurement; mais, comme M. De Boeck l'établit avec un esprit de critique très sagace, les expériences péchaient en différents points.

L'auteur s'est efforcé d'éliminer toute cause d'erreur. Au lieu d'opérer sur des tronçons de nerfs, sur des nerfs sectionnés, il a étudié le nerf intact, relié à un système central et périphérique intact. Au lieu de se servir d'irritations artificielles, il n'a employé que des excitations vitales, physiologiques.

Enfin, comme appareil enregistreur, il a rejeté les piles thermo-électriques employées par la plupart de ses devanciers, pour se servir d'un appareil de masse très réduite et par conséquent, d'une sensibilité aussi exquise que possible.

L'appareil dont il s'est servi — le thermomètre à résistance électrique — est basé sur le principe suivant : tout circuit métallique oppose au passage du courant électrique une résistance qui varie selon la nature du métal, selon les dimensions et selon la température du circuit.

Je ne puis entrer dans le détail des procédés techniques employés : je me bornerai à dire qu'ils témoignent de l'esprit ingénieux et de la patience vraiment scientifique de l'auteur.

Ses expériences ont porté sur le sciatique de la grenouille et du lapin.

Elles aboutissent à la conclusion que voici : la transmission d'une excitation normale centripète ou centrifuge dans un nerf normal *in situ* ne s'accompagne d'aucune variation appréciable de la température.

De cette donnée, M. De Boeck a cherché à tirer des éclaircissements sur la manière dont la transmission de l'excitation se fait dans le nerf, et sur la nature de la transmission.

Il passe successivement en revue les différentes théories qu'il partage en deux groupes : celles qui admettent la nature chimique et celles qui admettent la nature purement physique du processus. Il arrive à rejeter les premières. Il démontre également qu'il ne peut être question d'une transmission électrique, du moins, en tant qu'il s'agisse du passage d'un courant circulant dans un circuit ininterrompu et homogène.

Enfin, reprenant, en les modifiant, les recherches d'Arsonval sur le nerf schématique, il émet l'opinion que les excitations normales se transmettent dans le nerf, par modification de la tension superficielle des segments hétérogènes successifs qui le composent et variation corrélatrice de leur état électrique.

Si sommaire qu'elle soit, cette analyse suffira, je l'espère, à montrer toute la valeur et tout l'intérêt du travail de M. De Boeck.

Je propose de lui adresser nos remerciements et nos chaleureuses félicitations.

PARALYSIS SPINALIS SYPHILITICA (ERB), par le D^r MUCHIN.

Analyse par le D^r FRANCOTTE, membre titulaire.

En 1892, Erb a attiré l'attention sur la paralysie spinale de nature syphilitique. Cette paralysie affecte en somme l'apparence d'une myélite transverse dorsale, mais, elle présente certains caractères propres : ainsi, la paralysie est peu marquée ; il existe un état spastique des membres inférieurs avec exagération considérable des réflexes, mais la tension musculaire est relativement faible. La vessie est presque toujours atteinte et les troubles de la sensibilité restent très modérés.

Muchin rapporte huit cas qui reproduisent à peu près le tableau tracé par Erb.

Cependant, tandis qu'Erb constate la rareté relative de la paralysie syphilitique et la prédominance du tabes dorsal, Muchin arrive à des résultats inverses.

D'autre part, Erb affirme l'intégrité des pupilles, alors que trois fois sur huit, Muchin a observé des troubles pupillaires.

Muchin termine son travail par un aperçu du traitement anti-syphilitique tel qu'il est pratiqué par son chef, le professeur Kovalevsky : il est inutile de revenir sur cette question qui, dans notre dernière séance, a fait l'objet d'une analyse présentée par notre collègue, M. De Boeck.

BEITRAG ZUR LEHRE VON DEN KRANKHAFTEN VORSTELLUNGEN,
von Dr KOCH in Zweifalten.

Analyse par le Dr DERODE, membre titulaire.

Sous ce titre le Dr Koch nous présente un travail qui a été publié dans l'*Irrenfreund*, n^{os} 1 et 2, 1893.

Nous avons déjà à plusieurs reprises fait ressortir les qualités qui distinguent les travaux de cet auteur et notamment une remarquable ingéniosité qui lui fait découvrir dans les questions en apparence les plus simples toutes sortes de complications. Ce n'est pas lui qui abandonnerait jamais une question sans en avoir fait le tour et l'avoir examinée sous toutes ses faces. Nul ne s'entend mieux à exposer avec une précision méticuleuse la signification qu'il faut attacher à une manifestation morbide, à classer et à étiqueter les symptômes, à établir les distinctions les plus subtiles. Il en résulte que pour exprimer ses idées il ne trouve pas toujours dans le langage habituellement usité des mots suffisamment appropriés; aussi n'en est-il pas à un néologisme près. Malheureusement tout cela est d'autant plus difficile à rendre à en français que le sens attribué aux mots allemands ne correspond pas toujours exactement à celui des mots français par lesquels nous sommes habitués à les traduire.

L'auteur commence par se demander s'il faut considérer comme une conception délirante la bonne opinion que certains aliénés ont, à tort, de leur adresse, de leur habileté, de leur instruction, etc.

La fausseté d'une conception ne suffit pas pour en faire une conception délirante. Il faut qu'elle se soit développée sous l'influence d'une cause pathologique; il faut y joindre la fixité de l'idée qui ne se modifie pas malgré l'accumulation des preuves les plus pé-

remptoirs. Ce n'est pas par suite d'un défaut de logique ou d'intelligence que l'aliéné est impuissant à corriger son erreur, car il ne manquera pas de reconnaître chez ses voisins un délire qui se présenterait avec les mêmes caractères que le sien.

Il faut établir, dit l'auteur, une distinction entre la conception délirante isolée qui s'attache à un objet en particulier et qu'il désigne sous le nom de (*Sonderwahnvorstellung*) et celle qui s'attache à un ensemble d'objets de même espèce (*Gemeinwahnvorstellung*). Les illusions sensorielles constituent des conceptions délirantes isolées, mais encore faut-il que le malade soit persuadé de la réalité objective de sa perception fautive. Que l'illusion s'étende à un ensemble de faits, le délire devient générique (*Gemeinwahn*). Un aliéné maniaque conçoit une haute opinion de ses facultés, de sa force, de sa santé; il voit tout en beau. Il est atteint d'un délire générique (*Gemeinwahn*). Mais un beau jour son délire se spécialise davantage. Il se réveille empereur, ou riche à millions : ce sont là des conceptions délirantes particularisées (*Sonderwahnvorstellungen*). C'est à bien définir la distinction du *Gemeinwahn* et du *Sonderwahn*, à établir les relations et les associations qui peuvent se présenter entre les deux ordres de phénomènes qu'est consacré le premier chapitre du travail. Tout cela est assez spécieux et revient en somme à distinguer le délire de la conception délirante proprement dite, l'une pouvant engendrer l'autre et réciproquement, mais le délire pouvant exister sans conception délirante spécialisée et la conception délirante pouvant logiquement donner lieu à des opérations psychiques qui ne sont pas le délire (*Gemeinwahn*).

Le second chapitre du travail est consacré à exposer ce qu'il faut entendre par le terme : *falsch meinen*. D'après les exemples cités, ce terme s'appliquerait à l'interprétation vicieuse d'un fait réel d'où par une suite de déductions logiques le malade arrive à des conclusions fausses ou bien encore à la série d'opérations intellectuelles qui partent d'un point de départ faux tel qu'une idée délirante, mais qui, ce point admis, se déduisent plus ou moins logiquement.

Dans le troisième chapitre l'auteur s'occupe de certaines manifestations psychiques qu'il appelle conceptions ou représentations fragmentaires (*Trümmervorstellungen*). Ce sont des conceptions que se forment certains malades avec des restes d'un ancien délire mêlés à des observations de faits réels, mal observés, à des souvenirs de la vie antérieure, etc. Ces combinaisons fragmentaires peuvent avoir un certain sens déterminé ou paraître tout-à-fait incohérentes. Dans ce dernier cas le malade a l'air de se livrer à un pur radotage. Ces représentations fragmentaires s'observent surtout à la fin de certaines affections délirantes, manies ou mélancolies et sont l'expression de la confusion mentale dont sont atteints ces malades.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'origine du nerf oculo-moteur commun, par VAN GEHUCHTEN
(*Bull. de l'Acad. royale de Belgique*, 1893).

Le nerf oculo-moteur commun a son origine réelle dans une masse de substance grise située au niveau des éminences antérieures des tubercules quadrijumeaux, entre l'aqueduc de Sylvius et le faisceau longitudinal postérieur. La discussion porte sur la question de savoir si les fibres nerveuses se rendent directement de leur origine réelle vers leur origine apparente, ou si elles subissent dans ce trajet, soit une décussation totale, soit une décussation partielle.

Mathias Duval admet que les fibres du nerf moteur oculaire commun ne présentent aucune décussation. Les fibres entre-croisées que renferme le nerf de la troisième paire viennent du noyau moteur oculaire externe du côté opposé. Ces fibres se placent du côté interne du nerf et innervent le droit interne d'un globe oculaire pour l'associer au mouvement produit par le droit externe dans le globe oculaire du côté opposé.

Gudden, Obersteiner, Edinger, Perlia ont démontré qu'il existe un entre-croisement partiel des fibres radiculaires du nerf de la troisième paire. Les études embryologiques de Kolliker sont venues confirmer cette dernière conclusion; elles permettent de dire que l'existence dans le nerf moteur oculaire commun de fibres entre-croisées provenant du noyau d'origine du nerf oculo-moteur externe est douteuse, qu'il existe un entre-croisement partiel des fibres du nerf de la troisième paire.

En étudiant des préparations traitées par la méthode rapide de Golgi, Van Gehuchten a reconnu les faits suivants :

Les cellules du noyau d'origine du nerf de la troisième paire sont pourvues de deux sortes de prolongements : prolongements protoplasmiques abondamment ramifiés et prolongement cylindraxile unique.

Les prolongements protoplasmiques vont se ramifier entre les fibres constitutives du faisceau longitudinal postérieur.

Les prolongements cylindraxiles forment les fibres du nerf; il

existe un entre-croisement partiel de ces fibres. Les fibres entrecroisées n'appartiennent pas à une région déterminée du noyau d'origine, comme Gudden, Edinger, Obersteiner et Perlia l'avaient admis. Elles se rendent principalement dans la partie interne ou médiane du nerf.

La théorie de Duval permettait de comprendre l'action physiologique conjuguée du muscle droit interne d'un côté avec le muscle droit externe du côté opposé. D'après les données actuelles, il faut trouver l'explication de ce phénomène dans la relation anatomique existant entre le noyau de la sixième paire et celui de la troisième paire du même côté. Cette relation s'établit par les fibres du faisceau longitudinal postérieur, qui sont pourvues de collatérales richement ramifiées établissant des contacts multiples avec les prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses du noyau de la troisième paire. Il est probable, d'ailleurs, que certaines fibres du faisceau longitudinal postérieur trouvent leur origine dans le noyau de la sixième paire.

Des rapports entre les deux organes auditifs, par URBANTSCHITSCH
(*Wien. klin. Wochenschr.*, 1892).

On connaît depuis longtemps les rapports qui existent entre les deux yeux, tandis qu'on ne les a guère étudiés sur les deux organes auditifs. Depuis quelques années, l'auteur a recueilli à ce sujet, un ensemble d'observations d'une grande portée pratique.

Les rapports entre les deux organes acoustiques sont de nature vaso-motrice, trophique, sensitive et fonctionnelle.

Lorsque l'on coupe le sympathique d'un côté, on constate une élévation de température des deux côtés : Vient-on à sectionner l'autre sympathique, la température s'élève du côté correspondant et baisse du côté opposé. Si l'on irrite un nerf auriculo-temporal, il se produit d'abord de la conjonctivite, puis, une inflammation du pavillon de l'oreille, accidents qui apparaissent également de l'autre côté, au bout de deux, trois jours.

Quant à la caisse du tympan, on sait par les recherches de Berthold qu'une section intracrânienne du trijumeau détermine une inflammation de la cavité tympanique qui, bientôt après, affecte également la cavité du côté opposé.

Souvent, on a constaté qu'une douleur surgissant dans une oreille, passe aussi dans l'autre, sans raison appréciable.

Chez des individus durs d'ouïe des deux côtés, il arrive souvent que tandis que, pendant des années, telle oreille entendait mieux que l'autre, en quelques minutes, la situation se renverse. Ce phéno-

même se produit non seulement chez des hystériques, mais chez des individus au système nerveux intact. Chose pareille se produit également pour les symptômes subjectifs : ainsi, le bourdonnement d'oreille passe brusquement d'un côté à l'autre.

L'influence d'une oreille sur l'autre est particulièrement importante lorsqu'il s'agit d'entreprises opératoires. A la suite de la ténotomie du muscle de l'étrier, il se produit de l'amélioration du tympan opéré et après quelques jours, aussi de l'autre côté.

L'effet est surtout remarquable dans l'incision du tenseur du tympan avec extraction du marteau. Dans deux cas opérés par U., il y eut un amendement considérable et persistant des deux côtés.

Comme cause de ces faits, U. admet une accommodation synlogique en vertu de laquelle des troubles affectant une oreille retentissent sur l'autre; par conséquent, en éliminant la cause du trouble unilatéral, le côté opposé en bénéficiera également.

X. F.

Des sillons de l'artère méningée moyenne dans l'endocrane, par G. PÉLI (Riv. sp. di fren. et Arch. de Neur., 1893).

L'auteur tire de ses recherches les conclusions suivantes : à l'exception des microcéphales chez lesquels prédomine l'égalité de développement des sillons de l'artère méningée moyenne de chaque côté du crâne, autrement dit la symétrie, on trouve généralement que les sillons sont plus manifestes à gauche qu'à droite, chez les individus normaux, les singes anthropomorphes, les délinquants et les aliénés; en d'autres termes, l'asymétrie est de règle en faveur de la moitié gauche de l'endocrane. D'autre part, il y a des différences notables. Ainsi, en se tenant aux recherches de Danillo chez les hommes et les singes et à celles de Lombroso chez les criminels, l'écart entre les chiffres de développement plus marqué des sillons à gauche et celui de profondeur et de largeur égales des deux côtés, est léger; tandis que suivant les recherches de l'auteur, cet écart devient assez marqué soit chez les individus sains, soit (bien qu'à un degré moindre) chez les aliénés, et avec prédominance en moyenne à gauche, d'où l'asymétrie, à laquelle, en conséquence, ces derniers inclineraient moins que les sujets sains d'esprit. Le développement plus grand des sillons de l'artère méningée moyenne dans l'endocrane à droite se trouve plus rarement chez les microcéphales que chez les primates (Danillo) et les délinquants (Lombroso); tandis que d'après les recherches de l'auteur, elle se rencontre plus souvent que chez ceux-ci et ceux-là, chez les individus sains et plus encore chez les aliénés qui, encore par ce caractère, différeraient des

normaux, en offrant une moins grande fréquence dans la différence des sillons artériels dans les deux moitiés du crâne.

J. S.

*Méthode d'examen du cerveau à l'état frais, par le Dr KINDRED.
(American Journal of Insanity, 1892).*

L'auteur décrit le procédé des coupes de tissu cérébral par congélation, procédé qu'il s'étonne de ne pas voir employer plus fréquemment en Europe. La pièce à congeler est placée directement sur une plaque en métal sous laquelle on pulvérise de l'éther jusqu'à congélation de la pièce.

Les coupes sont d'abord mises dans l'eau, puis placées sur une lamelle où on les met, pendant quelques secondes seulement, en contact avec une solution d'acide osmique à 0 gr. 25 p. 100. Cette action de l'acide osmique n'est pas destinée à donner à la coupe la coloration spéciale de l'osmium, mais seulement à fixer la myéline qui, sans cela, se désagrégerait dans l'eau. La coupe est de nouveau lavée à l'eau, puis colorée par une solution de bleu-noir d'aniline à 0,25 p. 100 et plongée pour la dernière fois dans l'eau distillée. Elle est alors placée sur une lamelle. On laisse la préparation se sécher à l'air en ayant seulement soin de la couvrir d'une cloche. Lorsqu'elle est bien sèche, on la monte au baume.

Cette méthode permet d'observer les différents éléments du cerveau dans leur forme et leurs rapports exacts, et présente une supériorité évidente sur les méthodes d'examen du cerveau après durcissement, car dans ces derniers se produisent de nombreuses déformations en même temps que d'autres conditions artificielles. Les espaces artificiels que l'on voit autour des cellules, dans les sections durcies, sont absents sur les coupes fraîches; sur ces dernières, les cellules nerveuses sont plus larges, leurs prolongements plus volumineux, les couches de l'écorce plus épaisses.

La coloration doit être faite avec attention, notamment sur les cerveaux malades où l'action de l'aniline est plus rapide, ce qui expose à des excès de coloration.

Bien que le bleu d'aniline seul donne, en général, de bons résultats, cependant pour quelques éléments particuliers, et notamment pour les leucocytes amassés autour des parois vasculaires dans les états inflammatoires aigus ou chroniques, on aura de meilleurs résultats avec d'autres couleurs d'aniline, et en particulier le bleu de méthylène en solution aqueuse et le violet de gentiane.

E. B.

Dégénérescence secondaire après destruction des centres psychomoteurs; contribution à l'étude des localisations cérébrales,
par WL. MURATOFF (*Arch. f. Anatomie*, 1893).

On a étudié avec beaucoup de soin les dégénérescences descendantes qui se produisent après extirpation des centres moteurs corticaux; quelques auteurs ont cherché à déterminer les dégénérescences produites dans le cerveau lui-même, la dégénérescence des fibres d'association et du corps calleux. C'est à cette tâche que Muratoff s'est principalement attaché.

Après extirpation des centres psycho-moteurs, le corps calleux dégénère; lorsque l'extirpation est unilatérale, les fibres correspondantes du corps calleux dégèrent jusque dans l'écorce de l'autre hémisphère; leur nombre est proportionnel à l'étendue de la portion de l'écorce qui a été détruite; la zone dégénérée a une étendue plus grande lorsque la lésion porte sur les deux centres homologues des deux hémisphères.

D'autre part, la destruction d'un centre cortical détermine la dégénérescence des fibres d'association qui en émanent.

La lésion secondaire porte à la fois sur les fibres propres de l'écorce et sur les faisceaux nerveux plus étendus reliant des portions plus éloignées de l'écorce. Elle n'existe que du côté de la lésion.

La commissure antérieure reste intacte.

Ces constatations ont une grande importance; elles permettent d'expliquer les symptômes secondaires des lésions cérébrales mieux qu'on ne l'a fait jusqu'ici en invoquant l'intervention d'actions réflexes. Quelles sont, en effet, les altérations anatomiques et physiologiques qui déterminent un traumatisme cérébral même minime? Non seulement il y a perte de la fonction du centre détruit, mais encore on voit se produire des alternatives de nutrition et de fonctionnement des fibres d'association et des fibres commissurales qui en partent.

La lésion, d'abord isolée, s'étend donc dans la totalité de l'encéphale, ce qui explique comment la destruction du centre psychomoteur des centres postérieurs, par exemple, détermine des phénomènes de parésie dans les membres antérieurs et un affaiblissement de l'activité psychique totale.

J. D. B.

Les éléments nerveux moteurs des racines postérieures, par
VAN GEHUCHTEN (*Anatom. Anzeiger*, 1893).

Voici les conclusions de l'auteur. Les racines postérieures des nerfs spinaux renferment, au moins chez le poulet, des fibres ner-

veuses provenant de cellules situées dans la substance grise de la corne antérieure de la moelle.

Ces éléments nerveux des racines postérieures à origine médullaire sont identiques aux éléments nerveux des racines antérieures.

Comme pour ceux-ci, le prolongement cylindraxil, doué de conduction cellulifuge, possède en même temps la conduction centrifuge. L'auteur les considère avec Ramon Y Cajal et von Lenhossek comme des éléments moteurs.

Contribution à l'étude de la localisation du centre nerveux de la vessie, du rectum et de l'érection de la verge chez l'homme, par SARBO (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr.*, 1893).

S. a déterminé avec précision le siège du centre qui, chez l'homme, préside à l'innervation de la vessie, du rectum et du pénis.

Un malade, âgé de 49 ans, avait fait, environ quinze ans avant d'être vu par l'auteur, une chute dans laquelle il s'était fortement contusionné la colonne vertébrale. Il ne perdit pas connaissance, mais fut atteint immédiatement de paraplégie avec perte de la sensibilité cutanée dans les membres inférieurs. A ces symptômes vinrent s'ajouter aussitôt de l'incontinence de l'urine et des matières fécales, ainsi que la suppression complète des érections. La paraplégie et l'insensibilité des membres inférieurs se dissipèrent assez vite, mais les autres troubles s'installèrent définitivement. En dehors de ces phénomènes, S. constata une anesthésie du rectum, de l'orifice anal, du périnée, des fesses, du scrotum, de la peau de la verge et de la muqueuse urétrale; le malade, très épuisé, portait en outre les signes d'une caverne pulmonaire; il ne tarda pas à succomber.

L'autopsie montra que l'affection du poulmon n'était autre chose qu'un cancer encéphaloïde primitif. La lésion médullaire qui avait provoqué les phénomènes paralytiques, se manifestait à l'œil nu par un aplatissement d'avant en arrière de la queue de cheval; il y avait ici une myélite chronique intéressant la région des quatre premières paires sacrées, en particulier la troisième et la quatrième paires, et avait amené une destruction presque complète des éléments nerveux.

Cette observation confirme d'autres faits analogues qui avaient fait supposer que le centre d'innervation de la vessie, du rectum et de l'érection était situé dans la moelle, au niveau de l'origine des quatre premières paires sacrées. J. M.

Contribution à l'étude de la fatigue, par ABELOUS (*Arch. de physiol.*, 1893).

La fatigue musculaire est due à l'épuisement du muscle et à l'in-

toxication par les produits du travail musculaire; ce second facteur est de beaucoup le plus important.

Les expériences déjà anciennes de von Helmholtz, de Du Bois-Reymond et de Ranke, celles, beaucoup plus récentes, de Mosso ont établi ce fait: il se produit au cours du travail des muscles des substances toxiques, matériaux de déchet dont l'accumulation dans l'organisme entraîne la fatigue.

Mosso, reprenant une expérience de Ranke, en injectant dans les veines d'un chien normal du sang d'un autre chien curarisé pendant un certain temps, a vu se manifester les phénomènes de la fatigue.

Quel est le mode d'action des substances ainsi élaborées au cours du travail musculaire?

L'auteur démontre l'analogie qui existe entre l'animal fatigué et l'animal curarisé; chez tous deux, l'excitation d'un nerf moteur, même avec de très forts courants, ne détermine plus de contractions musculaires, alors que cependant l'excitation directe des muscles avec des courants de plus faible intensité provoque des réactions motrices très nettes. Au cours de la fatigue, l'organisme fabrique des substances toxiques qui, à un moment donné, produisent une véritable curarisation de l'animal.

Il s'agit ici, bien entendu, de la fatigue expérimentale. Comme l'a fait remarquer Waller, dans la fatigue volontaire, l'atteinte n'est pas aussi profonde, car les centres nerveux frappés les premiers jouent pour ainsi dire le rôle de régulateurs, la fatigue centrale précédant la fatigue périphérique et agissant comme un frein qui empêche l'organisme d'aller jusqu'au point où la fatigue périphérique se produirait.

J. D. B.

Etude des lois qui gouvernent les actions humaines, par le Dr A. TYLER (*American Journal of Insanity*, 1892).

Les actions humaines sont sujettes à des lois. Ces lois peuvent être établies et permettent de prévoir, dans une certaine mesure, la conduite de nos semblables. C'est ainsi que le marchand qui se lance dans des entreprises, le capitaliste qui place ses fonds, le voyageur qui se confie à un mécanicien de chemin de fer ou à un capitaine de vaisseau, escomptent la conduite de leurs semblables et croient la prévoir.

Quelles sont donc ces lois? 1° *L'hérédité.* — La race humaine forme une chaîne ininterrompue; le fils hérite du père des forces physiques et morales que celui-ci a reçues lui-même de ses ancêtres. Si nous partons du moment où pour la première fois la matière a

été animée, nous pouvons suivre son évolution. Sous l'influence du milieu, la matière animée se différencie en végétaux et animaux ; le genre humain étant lui-même classé parmi les animaux.

Chaque individu hérite de ses ancêtres, de leurs caractères physiques et moraux, y ajoute quelque chose sous l'influence du milieu et transmet à ses descendants les qualités reçues et apportées.

Prenons p. ex. le sentiment religieux. L'homme, à l'origine, effrayé de ce qu'il ne pouvait expliquer, le tonnerre, les éclairs, la mer, la succession des jours et des nuits, a attribué tous ces phénomènes à des puissances supérieures. Au fur et à mesure que la science a progressé et expliqué les causes de ces effets terrifiants, le nombre des dieux a diminué jusqu'à ce qu'il n'en soit resté qu'un seul. Mais le sentiment religieux persiste. Mettez l'homme le plus instruit au milieu d'un cataclysme terrible, il éprouvera à l'égard des forces naturelles, le même sentiment que l'homme primitif.

Dans la folie, ce sont les qualités les plus récemment acquises et les plus parfaites qui disparaissent les premières. Le fou se trouve par rapport au sentiment religieux dans l'état d'esprit du sauvage.

De même la morale s'est développée avec le temps et les conditions nouvelles de la vie. L'homme primitif, vivant seul ou par petits groupes, n'a pas de morale. Celle-ci naît avec la société et se complique avec elle jusqu'à l'état où nous la voyons aujourd'hui : c'est une véritable science. Le fou n'a pas de morale, pas plus que l'homme sauvage.

2° *Le milieu.* — Les actions humaines sont une résultante de la lutte entre les forces de l'organisme, d'une part, et celles du milieu, d'autre part. Quelles différences le climat ne produit-il pas dans les mœurs ?

Conclusion. — Le milieu modifie la conduite. Quand l'influence du milieu dure, des habitudes de vie prennent naissance, des modifications de structure se forment. Par l'hérédité, elles se transmettent de génération en génération et subissent continuellement des changements dus au milieu.

E. B.

Sur une action inhibitrice de l'écorce cérébrale, par SHERRINGTON
(*Rev. neur. et Journ. de Méd.*, 1893).

S. a fait des expériences sur le singe (*macacus rhesus*).

Il sectionne les nerfs de la troisième et de la quatrième paire du côté gauche. Le droit oculaire externe gauche reste ainsi seul actif et produit un strabisme externe de l'œil gauche. L'opérateur excite alors le centre moteur des muscles de l'œil, lobe frontal (Ferrier) du côté gauche ; on sait que l'irritation de ce centre sur un sujet

normal produit une déviation conjuguée des yeux du côté opposé à l'excitation. Il observe que l'œil droit tourne de gauche à droite et que *l'œil gauche se dirige aussi vers la droite*, mais plus lentement et d'une façon moins intense. Cet œil ne possède plus qu'un seul muscle capable de travail, le droit externe; l'effet obtenu par l'irritation cérébrale doit être dû à « l'inhibition de la contraction et du tonus de ce muscle. » Il en résulte donc que l'excitation déterminant la contraction du droit externe droit produit aussi l'inhibition du droit externe gauche.

Des effets comparables ont été obtenus sur des sujets chez lesquels les nerfs de la quatrième et de la sixième paire avaient été sectionnés.

Des résultats similaires peuvent être obtenus, lorsque l'écorce répond à une excitation produite par l'épilepsie, la volition ou le spasme cérébelleux.

Bell admettait l'existence des nerfs inhibiteurs pour les muscles de l'œil. Pour S., l'inhibition est d'origine centrale : l'action d'un centre inférieur est régie par celle d'un centre supérieur.

Contribution aux affections des lobes temporaux : Un cas de surdi-mutité; un cas de lésions du lobe temporal gauche sans surdité verbale chez un individu gaucher, par G. SEPPILI (*Riv. sp. di fren. et Arch. de Neur.*, 1893).

1° Observation d'un cas de surdi-mutité dans lequel l'autopsie révéla une lésion destructive ancienne des deux lobes temporaux. Si l'on se reporte au mécanisme de la formation du langage, on peut admettre que dans des cas semblables où les circonvolutions temporales sont détruites par suite d'un processus d'encéphalite survenu dans l'enfance, la surdité résulte de l'empêchement apporté dans la formation des images auditives verbales, le mutisme résultant nécessairement de l'absence de cet élément de développement et d'élaboration des images verbales motrices. — La surdi-mutité d'origine cérébrale, différant en cela de celle qui résulte d'une affection périphérique des organes de l'audition, s'accompagne facilement de convulsions épileptiques, d'états d'imbécillité ou d'idiotie, qui sont ordinairement les effets concomittants de l'encéphalite de l'enfance qui est la cause première de la surdi-mutité d'origine centrale.

2° Observation d'un cas de lésions destructives anciennes du lobe temporal gauche chez un individu gaucher qui pendant la vie n'avait présenté aucun trouble du langage, entendant bien, comprenant bien le sens des mots et y répondant promptement, la

parole ayant été toujours intacte. De ce cas et d'autres analogues, l'auteur conclut que chez les gauchers le centre auditif du langage n'a pas son siège dans l'hémisphère gauche, mais bien dans l'hémisphère droit.

J. S.

Un cas d'alexie sous-corticale (de Wernicke), par O. BERKHAN
(*Archiv f. Psych. et Arch. de Neur.*, 1893).

Un boulanger de 50 ans est intoxiqué par l'oxyde de carbone. Puis, on constate qu'il ne peut trouver les substantifs; ceux-ci reviennent mais il y a souvent confusion, même quand on lui fait toucher les objets. Il ne peut lire que certains caractères imprimés et encore lui faut-il quelques secondes pour trouver la lettre. Souvent en écrivant (notamment en copiant) il passe des lettres, des syllabes, des mots et remplace même certaines lettres par d'autres qui ne conviennent pas. Bégaiement écrit et parlé. Faible rétrécissement du champ visuel (moitié supérieure), pas de troubles moteurs, sensitifs ou sensoriels. Intégrité de l'intelligence.

Autopsie. — Un foyer de ramollissement, gros comme une noisette, occupe l'écorce et la substance blanche dans le domaine du pli courbe. Endartérite très nette du côté de la sylvienne gauche qui, en un point, est totalement oblitérée. Dégénérescence kystique des deux reins.

P. K.

Contribution à l'étiologie des névralgies du trijumeau, par
BOENNECKEN (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1893).

Les névralgies du trijumeau sont souvent dues à une carie dentaire dont le traitement approprié fait disparaître définitivement les douleurs. B. a observé des névralgies chez des individus dont les dents étaient saines en apparence, et qui, cependant, ainsi que le prouvent des procédés de diagnostic spéciaux, étaient d'origine incontestablement dentaire.

Une femme présentait des accès de douleurs violentes dans la région temporale gauche, avec irradiations dans l'occiput. Ces douleurs persistaient malgré l'administration de l'antipyrine et de la phénacétine à hautes doses. La malade avait quelques dents cariées qui furent plombées, mais la névralgie persistait toujours. L'examen des dents fut fait au moyen de l'éclairage électrique par transparence, procédé qui consiste à promener, dans l'obscurité, derrière l'arcade dentaire, une lampe électrique à incandescence munie d'un miroir réflecteur. Les dents dont la pulpe est saine prennent, dans ces conditions, un reflet rosé, tandis que celles dont la pulpe

est décomposée ou mortifiée restent obscures. Par ce moyen, B. a constaté que la seconde prémolaire gauche présentait chez la malade un degré de transparence moindre que les autres dents. Les applications d'eau glacée sur cette dent n'éveillaient aucune douleur, mais le contact d'une tige métallique chaude provoquait une douleur intense dans la tempe gauche. B. trépana la dent et trouva dans sa cavité une pulpe fortement congestionnée. Après cautérisation et extraction de cette pulpe, la dent fut plombée. La malade guérit.

B. relate encore trois cas analogues dans lesquels il s'agissait également de névralgies du trijumeau ayant pour point de départ une affection de la pulpe dentaire dans une dent saine en apparence. L'affection fut diagnostiquée au moyen de l'éclairage électrique par transparence, ainsi que d'après la douleur provoquée par le contact de la dent et d'une sonde métallique chaude. Dans tous ces cas, l'extraction de la pulpe malade suivie du plombage de la dent a amené la guérison complète de la névralgie. J. M.

Trouble de la sensibilité générale, se traduisant par une sensation de sable du côté malade dans un cas d'hémichorée post-hémiplégique, par TARGOWLA (*Ann. méd.-psych.*, 1893).

Une femme de 70 ans, ayant eu auparavant une attaque d'apoplexie, présentait le syndrome de l'hémichorée post-hémiplégique : mouvements choréiformes du membre supérieur gauche, qui s'accroissaient par les mouvements volontaires; affaiblissement de l'acuité gustative, de la vue et de l'ouïe; exagération des réflexes, trépidation jacksonienne du pied et atrophie musculaire, vraisemblablement sous la dépendance des lésions médullaires consécutives à la lésion céphalique. Mais ce cas avait encore de particulier, que l'anesthésie habituelle de la chorée post-hémiplégique était remplacée par de l'hyperesthésie avec altération spéciale et très manifeste de la sensibilité générale, consistant en une sensation subjective de poussière, de sable, de sel, localisée au côté atteint d'hémichorée. La malade sentait du sable couler de sa main gauche ou il lui semblait marcher sur du sel qu'elle entendait crépiter sous son pied gauche. Elle s'essuyait toute la journée pour s'enlever le sable des mains. Elle éprouvait cette sensation de sable sur tout le côté gauche du corps. Le siège de ce trouble paraissait cependant limité à la surface cutanée : ainsi, la malade ne se plaignait pas d'avoir du sable dans la bouche, dans les yeux, ni les oreilles.

On sait que, dans l'hémichorée, la lésion siège à la partie postérieure de la capsule interne, dans la région lenticulaire optique et

porte sur les faisceaux situés en avant et en dehors de ceux dont la lésion provoque l'hémi-anesthésie. On sait également que la chorée symptomatique coïncide souvent avec l'hémi-anesthésie. Or, dans l'observation de T. l'hémi-anesthésie était remplacée par l'hyperesthésie et la sensation de sable. T. en conclut que, chez sa malade, la lésion siégeait immédiatement en avant du faisceau sensitif et que celui-ci se trouvait en état d'irritation par suite du voisinage du foyer hémorragique. L'irritation du faisceau sensitif se traduisait cliniquement par de l'hyperesthésie et l'altération particulière de la sensibilité générale sous forme de la sensation bizarre du sable.

Tumeur corticale occasionnant une hémiplegie avec perte des sensations tactiles douloureuses et musculaires, par FRANK HADDEN M.-D. (*Journ. of Nerv. and Ment. dis.* et *Arch. de Neurol.*, 1893).

Il semblerait d'après bon nombre d'observations que la localisation cérébrale des sensations du toucher, de la douleur, de la température, ainsi que le sens musculaire, correspond à peu près, sinon tout à fait aux centres moteurs correspondants; l'observation suivante d'après l'auteur doit être comptée comme une de plus. Il s'agit d'un homme ayant présenté les symptômes d'un néoplasme cérébral avec attaques d'épilepsie partielle, puis hémiplegie gauche, accompagnée d'anesthésie complète du membre supérieur du même côté. L'autopsie a montré la présence d'un vaste mélanosarcome. Cette tumeur recouvrait la pariétale ascendante, les première et deuxième pariétales et les circonvolutions occipitales de l'hémisphère droit.

J. B. CH.

De la polymyosite et neuromyosite aiguës, par SENATOR (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1893).

En 1887, Unverricht a décrit sous le nom de *polymyosite aiguë progressive*, une inflammation étendue des muscles, affectant l'apparence de la trichinose, mais s'en distinguant par différents traits et constituant une maladie indépendante. En même temps, Wagner et Hepp firent connaître des cas analogues, seulement leur façon d'interpréter la maladie s'éloignait à certains égards de celle d'Unverricht.

Wagner était amené à penser qu'il s'agissait d'une *forme aiguë de l'atrophie musculaire progressive*, tandis que Hepp accordant une signification prépondérante à l'altération musculaire, désignait l'affection sous le nom de *myosite parenchymateuse*.

Unverricht insista particulièrement sur les lésions graves du tissu conjonctif et attira l'attention sur la part considérable prise par la peau au processus inflammatoire (*dermatomyosite*); se fondant sur l'existence de la fièvre, du gonflement de la rate et de l'apparition constante d'exanthèmes, il conclut à la nature infectieuse du mal et émit l'hypothèse d'une invasion de grégaires. Les cas relatés ensuite par S. se rapprochent de la polynévrite et peuvent être désignés sous le nom de *neuromyosite*. S. remarque qu'ils ne doivent pas être identifiés avec les cas d'Unverricht, de Wagner et de Hepp.

Dans le présent travail, il relate deux nouveaux cas de polymyosite.

Le premier concerne un diabétique âgé de 50 ans chez lequel se manifesta, en même temps que de la fièvre un gonflement de la musculature de presque tout le corps. On observa également des exanthèmes cutanés, sous forme de taches bleu-rougeâtres, en partie plus ou moins diffuses, en partie, plus ou moins circonscrites et nodulaires, rappelant l'érythème contusif, nouveaux. A l'autopsie, on trouva sous la peau, en certains points du bras et de l'avant-bras, des infiltrations de sérosité purulente, tandis que, dans la gaine du biceps, il ne se rencontra pas de pus.

Quant au reste, l'autopsie ne fut pas permise : sur les morceaux de muscles excisés, S. retrouva les signes d'une myosite interstitielle très marquée, tandis que les fibres musculaires elles-mêmes étaient intactes. Le résultat plaide contre la manière de voir de Hepp, d'après lequel les lésions seraient primitivement parenchymateuses; on ne découvrit pas de grégaires.

Le second sujet dut son affection à l'usage d'écrevisses gâtées. Il se produisit un gonflement des membres du côté droit, avec rougeur érysipélateuse de la peau. Le tronc et la région du diaphragme n'étaient que modérément douloureux. Il existait en outre de la néphrite aiguë qui guérit conjointement avec l'affection des muscles.

S. pense que dans ce second cas, il s'agit, non pas d'une infection, mais d'une auto-intoxication procédant de l'appareil digestif.

En ce qui concerne le diagnostic différentiel de la polymyosite et de la neuromyosite, S. signale dans le premier cas, l'absence de tout symptôme spécifique du côté du système nerveux; il n'y a pas de paralysie à proprement parler, ni de sensibilité à la pression des gros nerfs, ni anesthésies; pas d'atrophie musculaire progressive et les éruptions cutanées ne possèdent pas de caractère trophoneurotique. D'autre part, dans la neuromyosite, on n'observe pas le gonflement œdémateux de la peau et des muscles.

X. F.

Contribution à l'étude de la polymyosite aiguë primitive, par
LEWY (*Berlin. klin. Woch.*, 1893).

Lewy publie quatre cas de polymyosite aiguë ayant ceci de particulier que trois d'entre eux affectèrent des membres d'une même famille et qu'un de ces trois cas prit une marche abortive très singulière. Tous les quatre se terminèrent par la guérison.

Dans cette famille, ce fut d'abord la fille âgée de 25 ans qui tomba malade. Il se produisit des douleurs rhumatoïdes et un exanthème roséoliforme. Ensuite, survint une affection ulcéreuse de la bouche qui entrava la déglutition et ce ne fut qu'après guérison, qu'apparut le gonflement de la peau propre à la polymyosite. Les jambes ressemblaient à de grosses colonnes informes, constituées par une masse résistante : il était impossible de distinguer les différents muscles, parce que le plus léger contact provoquait des douleurs violentes.

Après que le mal eut duré des mois et que les membres supérieurs eussent également présenté du gonflement, il se manifesta une éruption de purpura aux deux cuisses et au dos des pieds. Lorsque la fièvre disparut, on constata une atrophie étendue des muscles, ainsi que de l'éminence hypothénar à droite et de l'éminence thénar droite, avec réaction de dégénération partielle. A droite, à la face palmaire du doigt annulaire, le malade ne distinguait pas la pointe de la tête de l'épingle et ne percevait pas de légères piqûres.

L'auteur n'admet pourtant pas l'existence d'un processus neuritique proprement dit : il rattache l'atrophie à la lésion primitive des muscles. Quant au trouble de la sensibilité, il s'explique par la diminution d'excitabilité que doit naturellement subir un nerf situé au voisinage d'un foyer inflammatoire.

La mère de la jeune fille, âgée de 65 ans, tomba malade ensuite, présentant les mêmes symptômes. D'abord, des douleurs lancinantes dans les jambes, crampes de mollets, rougeur érysipélateuse et gonflement du mollet gauche. Puis, survinrent dans la région du foie, des douleurs que le calomel dissipa. En même temps qu'une fièvre élevée, se manifesta un exanthème purpuriforme, d'abord à la cuisse droite, puis, sur le reste du corps. A la face externe de la cuisse droite, se produisit un gonflement dur de la peau. Environ un mois après le début des accidents, la malade émit de l'urine sanguinolante, riche en albumine. Le rétablissement n'eut lieu qu'au bout de onze mois. La complication rénale dans ce cas, la stomatite dans le premier marchèrent de pair avec le purpura. L'inflammation et l'hémorragie donnèrent lieu du côté de la peau à du purpura, du côté des reins à la néphrite hémorragique, du côté de la muqueuse

buccale à de la stomatite ulcéreuse. Les vomissements qui se produisirent chez la mère dépendent sans doute d'un processus analogue du côté de la muqueuse digestive. Le père, âgé de 70 ans, présenta sans gonflement et sans douleur, une éruption de purpura, à larges taches sur les membres inférieurs. Ce cas est intéressant parce qu'il met en évidence les rapports du purpura et de la polymyosite. L. le considère comme une forme abortive de la polymyosite : polymyosite sans maladie des muscles, analogue à la scarlatine *sine exanthemata*.

Dans le quatrième cas, il s'agissait d'une maladie fébrile subaiguë, avec gonflement de la musculature de l'abdomen et des deux jambes, sans éruption cutanée, qui pouvait faire penser à une thrombose de la veine-cave inférieure. Mais l'auteur n'admet pas cette hypothèse et rattache l'affection à la polymyosite.

X. F.

—

Polynévrite mercurielle, par LEYDEN (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1893).

Un tailleur, âgé de 23 ans, fut pris, trois jours après la cessation d'un traitement aux frictions mercurielles, institué pour combattre des symptômes de syphilis secondaire, de douleurs lancinantes dans les quatre extrémités, d'engourdissement aux pieds, de faiblesse et d'hésitation dans la marche. Ces phénomènes s'accrochèrent à la suite de quelques injections mercurielles qui furent faites au patient. L'examen constate une diminution de la force musculaire, de l'ataxie manifeste dans le domaine des muscles des membres, particulièrement des membres inférieurs, une marche nettement ataxique, le symptôme de Romberg très prononcé, une abolition complète des réflexes tendineux. La pression sur les gros troncs nerveux provoque de la douleur : aux extrémités inférieures, il y a diminution de l'excitabilité. Pas de sentiment de constriction en ceinture, pas de troubles vésicaux, pas de troubles pupillaires. Grâce à un traitement approprié — repos au lit, antinévralgiques, injections de morphine, iodure de potassium, puis du fer — les douleurs disparaissent d'abord, puis l'ataxie s'atténue, la force musculaire et les réflexes tendineux se rétablissent, de sorte que finalement, le malade guérit.

Ce cas est intéressant d'abord parce qu'il présente maint rapport avec le tableau du tabes dorsal. Cependant, malgré la marche, ataxique et le symptôme de Romberg, on doit le rattacher, non pas au tabes dorsal, mais à l'ataxie aiguë, encore dénommée pseudotabes périphérique, et cela en raison : 1° du développement rapide des symptômes ; 2° de l'absence de la sensation de constriction en ceinture, de la rigidité pupillaire, des troubles de la vessie ; 3° de la

localisation des troubles de la sensibilité et notamment de la conservation de la sensibilité à la plante des pieds.

Un second point intéressant concerne l'étiologie de l'affection. On pourrait être tenté de la chercher dans l'infection syphilitique, mais, tout bien pesé, elle réside plutôt dans l'action de mercure.

L'expérience démontre que de pareilles polynévrites ne sont pas engendrées par la syphilis, mais proviennent souvent d'intoxication. Notons, que la maladie débuta quelques jours après les frictions mercurielles, qu'elle s'aggrava par des injections mercurielles sub-séquentes et qu'elle disparut par la suppression du mercure.

On trouve d'ailleurs dans la littérature de nombreux exemples de paralysie périphériques d'origine mercurielle.

En terminant, L. fait ressortir l'analogie du cas relaté avec les polynévrites en général. Il attire l'attention sur le danger d'instituer des cures mercurielles énergiques, en cas de maladies nerveuses, attendu que, lorsqu'il s'agit d'un processus caractérisé par l'atrophie progressive des fibres nerveuses, loin d'obtenir une amélioration par le mercure, on s'expose à aggraver le mal et à le rendre irrémédiable.

X. F.

Lésions anatomiques dans le délire des alcooliques, par KLIPPEL
(*Mercredi méd.*, 1893).

Les lésions cérébrales du délire alcoolique sont de deux ordres. Les unes se retrouvent chez tous les sujets et dérivent de l'alcool lui-même. Elles intéressent les vaisseaux et les cellules nerveuses. La lésion vasculaire, de nature athéromateuse, n'atteint pas les gros troncs et frappe les canaux de moindre importance avec une intensité d'autant plus grande que le calibre du vaisseau est plus réduit. Les cellules nerveuses subissent la dégénérescence granulo-pigmentaire et grasseuse, tandis que les éléments tubulaires demeurent à peu près intacts.

Les autres sont spéciales à telle ou telle forme de délire et ne tirent pas leur origine directement du poison alcoolique.

S'agit-il du *delirium tremens*, on trouve tantôt la congestion active, tantôt la diapédèse inflammatoire. Dans le délire alcoolique subaigu ou chronique, il y a encore des accidents congestifs, mais en même temps une pigmentation ocreuse d'origine hématique, siégeant dans les capillaires et les éléments nerveux. Chez les déments alcooliques existent des accidents dégénératifs des fibres nerveuses des centres corticaux. Enfin les alcooliques peuvent être frappés de paralysie générale, de méningo-encéphalite, de névrites périphériques.

K. insiste également sur les troubles viscéraux qui coexistent avec les altérations des centres cérébro-spinaux. Le foie est particulièrement intéressé dans ces processus pathologiques; la cellule du parenchyme est la première atteinte; plus tard survient la cirrhose, bientôt suivie des accidents rénaux.

J. M.

De la variabilité des conceptions délirantes et des hallucinations sensorielles, par TH. KÖELLE (*Allg. Zeitsch. f. Psych. et Arch. de Neur.*, 1893).

Observation I. Délire fixe, le malade se croit Dieu; idées délirantes subordonnées variant à l'infini, et, dans une seule et même lettre, sous la plume même de l'aliéné. — *Observation II.* L'idée délirante qu'il est Dieu varie, mais le délire principal varie en moins; de Dieu le père, il devient Dieu le fils, tandis que dans l'*observation I*, de Dieu le fils, le malade devient Dieu le père. Il étend son délire à ses frères qui sont évêques et papes. — *Observation III.* Délire des grandeurs formant un pivot autour duquel oscillent des idées de persécution plus ou moins mobiles. — *Observation IV.* Trois espèces de mutations. Tout est mobile; il y a successivement augmentation du délire, changement complet des allégations qui varient. Le délire croît au maximum, et les idées délirantes, surtout celles des persécutions varient en étendant le délire. Les hallucinations varient dans les mêmes proportions. — *Observation V.* Tous les problèmes de la physique entrent alternativement dans le cadre du délire.

Il est en outre à noter que les malades masquent dans leurs écrits leurs hallucinations, tandis qu'ils s'étendent sur leurs délires et en montrent, en même temps, la mobilité. Quand on les interroge, on trouve les hallucinations correspondantes qu'ils décrivent volontiers sans vouloir les consigner par écrit. Un des malades finit par dire : « Au fait je veux bien les développer par écrit, car, en somme, je suis dans un asile, et, par suite, cela n'a pas de valeur. » Puis, la variabilité du délire s'accroît en raison directe de la démence; cela se conçoit, la systématisation étant le résultat de l'association des idées.

Nosographie. — Le délire qui s'étend est celui qui s'amplifie, soit quant à sa teneur, en changeant de sujet, soit quant aux personnes ou aux choses qui touchent le malade. — Un délire, premier en date, peut donner naissance à un second; exemple : le délire des persécutions qui donne naissance à la mégalomanie. — Un délire varie dans le sens large du mot, quand il se modifie en général; il varie, dans le sens étroit du mot, quand, le fond restant le même

seuls les détails se modifient. — Un délire s'accroît quand il ne change pas de sujet : tel individu qui se croyait comte devient empereur, et, alors, les détails relatifs à chacune de ces situations délirantes varient comme de juste. — L'oscillation du délire tient généralement à la variation étroite (une idée délirante cesse pour être remplacée par une nouvelle ou bien, la conception déterminée subsistant, les détails changent : tel individu ne cesse de se croire empoisonné mais il accuse tantôt telle personne tantôt telle autre, se plaint de tel ou tel poison). — La variation de l'ensemble du délire n'est du reste pas si rare qu'on le suppose ; il y a des cas où la variation générale du délire est composée des diverses sortes de variabilités.

P. K.

De la « personnalité hétérogène » comme facteur étiologique des troubles psychiques, par SMITH BAKER (Amer. neurol. Assoc., 1893).

La *personnalité hétérogène* est cet état mental particulier qui distingue les sujets chez lesquels les différentes particularités de caractère de leurs ancêtres ne se sont pas fusionnées en une entité homogène stable. Tel était, par ex., le cas d'une jeune fille qui présentait des attaques fréquentes de perversion psychique fonctionnelle et d'angoisse ; ce cas ne pouvait s'expliquer autrement que par cette hypothèse, à savoir que les traits dissemblables des caractères de ses grands parents ne s'étaient pas fondus harmoniquement dans la personnalité de sa mère, et avaient ainsi constitué la base de l'affection mentale actuelle. Au point de vue médical, l'hypothèse d'une personnalité hétérogène est-elle admissible ?

Pour répondre à cette question il faudrait une étude plus approfondie de certains traits de caractère et des particularités mentales observés dans les familles, tels que rêves, somnambulisme, solution inconsciente ou semi-consciente de divers problèmes, arrangement des faits et des arguments dans l'acte de la composition littéraire, etc. Une enquête devrait être faite sur les transformations du caractère dans les diverses phases des affections mentales afin de mieux préciser ainsi les causes des troubles psychiques fonctionnels.

La personnalité hétérogène devrait toujours être recherchée chez les sujets de constitution névropathique, surtout lorsqu'il s'agit d'individus chez lesquels il existe une lutte continuelle entre ce qu'ils appellent habituellement leurs impulsions basses et leurs aspirations élevées.

Note sur l'influence des agents physiques et des chocs moraux sur les intoxications, par CH. FÈRÉ (Soc. de biol., 1893).

Les faits les plus probants ont trait à l'alcoolisme. Les rapports évidents des infections et des intoxications permettent de supposer que l'histoire des intoxications s'enrichira de nouveaux faits.

Ces faits ont un intérêt pratique : il s'agit de l'influence des agents physiques et des chocs moraux sur le bromisme.

I. — Voisin dit que la température extérieure n'exerce pas la moindre influence sur la genèse des accidents que le bromure de potassium peut produire. F. a partagé cette opinion tant qu'il n'a donné le bromure qu'à des doses modérées; mais depuis qu'il prescrit des doses plus élevées, il a constaté que la saison est loin d'être indifférente au point de vue de la tolérance. Chaumont relève insuffisamment l'influence du froid.

F. a fait la statistique des accidents bromiques observés dans son service (1^{er} avril 1890 au 1^{er} octobre 1892). Ce relevé, comprend, outre les accidents plus graves, tous les troubles gastriques attribués au bromure et qui ont nécessité une intervention.

En somme, pendant l'hiver un plus grand nombre de sujets sont atteints, et les mêmes sujets sont plus souvent atteints. Tandis que le nombre des sujets atteints n'augmente que d'un tiers ou de la moitié, le nombre d'atteintes chez les sujets les plus sensibles augmente de quatre cinquièmes; c'est-à-dire que l'influence de l'hiver est surtout marquée sur des sujets plus sensibles.

Le nombre des sujets bromurés varie peu; cependant la quantité des accidents bromiques a augmenté notablement: c'est qu'au commencement de 1890, les doses maxima ne dépassaient guère 12 gr., tandis qu'à la fin de 1892, elles atteignaient 21 gr.; on peut même dire que les accidents n'augmentent pas en proportion des doses. Ce résultat est vraisemblablement attribuable à l'usage de l'antisepsie intestinale employée depuis plusieurs années. Bien que la fréquence des accidents bromiques n'ait pas paru suffisante pour imposer la règle de l'antisepsie préventive, il est certain que ce traitement a supprimé un grand nombre de récidives qui se fussent produites sans son emploi.

II. — Quant à l'influence des chocs moraux sur l'invasion du bromisme, F. ne l'appuie que sur un seul fait, mais caractéristique.

Il s'agit d'un homme de 47 ans, épileptique depuis l'âge de 23 ans. Il n'avait que de rares accès, mais de fréquents vertiges. Depuis 1871, il était soumis à une bromuration ininterrompue. Jusqu'en 1886, il n'avait jamais pris que des doses faibles, n'ayant pas dépassé 5 gr. par jour. Le résultat avait été de suspendre à peu près com-

plètement les accès qui ne reparaissaient pas même chaque année. Il lui restait en moyenne un ou deux vertiges par mois. Depuis cette époque, il avait continué son traitement. Il n'avait jamais eu de troubles graves provoqués par le bromure. De temps en temps, il avait l'haleine fétide, de la constipation, quelques boutons d'acné. Il y remédiait, par un purgatif et la liqueur de Fowler. En décembre 1889, ayant eu deux accès en une semaine, il consulta F. qui lui conseilla d'augmenter sa dose de 1 gr. Le résultat fut une suspension nouvelle des accès, les vertiges étaient devenus aussi un peu plus rares, mais cependant ne s'éloignaient pas de plus d'un mois. La tolérance du bromure était parfaite et en trois ans, le malade n'en avait éprouvé que deux fois les inconvénients d'autrefois. Il prenait régulièrement son médicament; il avait évité toute consultation pendant trois ans. Le 21 janvier 1893, il apprit la mort d'un oncle, et en même temps la privation d'un héritage. A partir de ce moment, l'inappétence a été complète; dans la soirée, la prostration se manifestait par une faiblesse marquée des jambes, de l'incertitude de la marche et même de la titubation. La bouche était pâteuse et l'haleine extrêmement fétide; dans la nuit il se produisit un pytalisme abondant, un liquide visqueux et d'une fétidité spéciale s'écoulait de la bouche. Le lendemain matin, le malade était dans la stupeur, ne manifestant sa spontanéité que pour se plaindre de sa tête; sa physionomie est hébétée; il ne répond que par des monosyllabes. Le pouls faible, mais non ralenti, bat soixante-dix fois par minute; pas d'élévation de température. Respiration normale. Cet état ne pouvait guère laisser de doute sur son origine; mais sa disparition en trente-six heures sous l'influence d'un purgatif énergique montre bien qu'il ne s'agissait pas d'autre chose que d'une intoxication bromique aiguë. F. remarque que le malade avait été saisi de ces accidents en parfaite santé, qu'il n'a pas été exposé au froid, qu'à ce jour-là d'ailleurs n'était plus très vif; on ne peut guère refuser au choc moral le rôle de cause occasionnelle. Dans cette circonstance, les accidents bromiques ont été provoqués par le choc moral, chez un individu saturé, comme le *delirium tremens* est provoqué chez des alcooliques.

J. M.

Lipothymie laryngée, par KURZ (*D. med. Wochenschr.*, 1893).

Sous le nom de *lipothymie laryngée*, l'auteur désigne des défaillances survenant brusquement au cours de maladies du larynx, telles qu'on les a souvent observées en ces dernières années et que l'on a appelées *vertige laryngé*. Mais comme l'auteur l'établit par l'examen des cas réunis dans la littérature et d'une observation per-

sonnelle, cette appellation n'est pas heureuse, attendu qu'il s'agit d'une perte subite de connaissance avec chute immédiate. Il ne se produit pas de convulsions, pas de cyanose, mais, la face est pâle, l'expression de la physionomie est calme, les membres sont flasques; après peu de temps, les malades reviennent à eux sans conserver le souvenir de ce qui s'est passé. Aussi, n'est-il pas possible, d'après certains auteurs, de rattacher l'accident à un spasme de la glotte; on pensera plutôt à une névrose réflexe : l'irritation part du nerf laryngé supérieur et, par l'intermédiaire du nerf déprimeur du vague, agit sur le centre vaso-moteur du bulbe, ainsi que sur le centre modérateur; d'où, diminution de la pression sanguine, affaiblissement de l'activité cardiaque.

Le fait de la rareté de ce réflexe malgré la fréquence des maladies du larynx s'explique par la nécessité d'une prédisposition neuropathique telle qu'on la rencontre surtout dans la race romane. On ne doit donc pas s'étonner que jusqu'ici, la lypothymie laryngée ait été presque exclusivement observée chez des individus de cette race.

X. F.

Achillodynie, par ALBERT (*Wien. med. Presse*, 1893).

Sous le nom d'*achillodynie*, A. désigne un complexe symptomatique qu'il a observé dans six cas. Dans cette maladie la marche et la station verticale sont intolérables, par suite de violentes douleurs qui disparaissent complètement dans la position assise ou couchée. La douleur est exactement localisée au niveau de l'insertion du tendon d'Achille; en ce point, on observe en même temps une petite tumeur qui fait la même impression que si la place du tendon était gonflée. La tumeur a la même consistance que le tendon, seulement, elle est un peu sensible à la pression. Parfois, il semble que l'os lui-même présente une petite saillie aux deux côtés de l'insertion tendineuse; les douleurs sont très opiniâtres, résistent aux bains chauds, aux applications froides, aux badigeonnages à la teinture d'iode, aux frictions mercurielles.

Jusqu'ici cet état n'a pas encore été signalé. Raynal en 1883, Kirmisson en 1884, ont rapporté des cas présentant quelque analogie, mais se différenciant sous d'autres rapports. Pitzka a publié des signes semblables; toutefois, il les interprète autrement.

Pour le moment, A. n'a rien de précis à dire de l'étiologie, ni de la thérapeutique de cette affection.

X. F.

Sur un cas d'hémorragie traumatique arachnoïdienne suivie d'hémiplégie homonyme à la lésion cérébrale, par MANSELL MOULLIN (Clin. Soc. of London, 1893).

Une grue en mouvement avait occasionné chez un ouvrier un traumatisme violent au niveau du côté droit de la tête. Le blessé put d'abord continuer son travail; puis, au bout de trois heures, perdant brusquement connaissance, il fut pris d'hémiplégie *droite*. Il n'existait aucune trace de fracture du crâne. Huit jours après, le malade succomba dans le coma. Une trépanation fut pratiquée *in extremis* à la région motrice cérébrale *gauche*, et le cerveau fut trouvé intact de ce côté.

Autopsie : dans la moitié droite du crâne l'absence de fracture et d'hémorragie entre l'os et la dure-mère, et l'existence, dans l'espace sous-arachnoïdien, d'un caillot sanguin recouvrant toute la surface de l'hémisphère droit. Cette hémorragie résulte probablement d'une des branches postérieures de l'artère méningée moyenne.

Hulke relate un cas analogue dans lequel un homme fut atteint d'hémiplégie *droite* à la suite d'une chute sur les régions pariétale et temporale du côté *droit*. Le blessé étant tombé dans le coma, il se décida à l'opérer; mais, au lieu de trépaner le crâne à gauche, ainsi que l'enseigne la physiologie, Hulke ouvrit le crâne du côté droit, au niveau du point où se trouvait la bosse sanguine traumatique et évacua, par une incision de la dure-mère qui bombait à travers l'ouverture faite dans l'os par le trépan, une grande quantité de sérum sanguinolent. Le malade guérit. J. M.

De l'atrophie musculaire dans l'hémiplégie cérébrale, par STEINER (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenh.*, 1893).

L'auteur donne d'abord l'exposé du développement des connaissances et de la bibliographie très restreinte (18 cas) de l'atrophie musculaire dans les paralysies cérébrales; puis, il rapporte l'observation d'un homme de 72 ans chez lequel, à la suite d'une attaque apoplectique avec hémiplégie du côté gauche, il se développa une atrophie prononcée au membre supérieur *gauche*, de sorte, qu'à huit semaines après l'attaque, sa circonférence mesurait 3 centim. de moins que le bras droit : il y avait, en même temps, exagération des réflexes tendineux. A l'autopsie, on constata un foyer hémorragique intéressant la plus grande partie de la couche optique et de la capsule interne gauches; de plus, divers petits foyers dans le tubercule quadrijumeau postérieur droit ainsi que dans l'hémi-

phère cérébral gauche. Il existait une dégénérescence descendante bien marquée du faisceau pyramidal latéral gauche et du pyramidal antérieur gauche : quelques fibres du faisceau latéral droit présentaient également de la dégénérescence. On ne put relever aucune altération des cellules ganglionnaires des cornes antérieures.

Au point de vue anatomo-pathologique, on peut distinguer trois formes d'atrophie musculaire : dans la première qu'on peut appeler l'*atrophie spinale* existent des altérations des cellules des cornes antérieures consécutives à la dégénération descendante de la voie pyramidale; dans la seconde, la *forme cérébrale*, où se rencontre une lésion du cerveau, s'accompagnant ou non de dégénérescence secondaire, mais n'offrant aucune altération des cellules motrices des cornes antérieures; enfin, la *forme hystérique*, où l'on ne constate aucune lésion, ni du côté du cerveau, ni du côté de la moelle.

L'auteur constate que l'atrophie musculaire *post-hémiplégie* se rencontre le plus souvent chez des individus jeunes, qu'elle se manifeste au plus tôt deux jours, au plus tard, huit semaines après l'ictus, qu'elle affecte le plus ordinairement le côté droit, atteignant toute une extrémité, de préférence l'extrémité supérieure.

De ses statistiques, S. conclut que l'hémiplégie cérébrale suivie d'atrophie ne diffère pas de l'hémiplégie ordinaire, ni au point de vue clinique, ni au point de vue de la localisation de la lésion.

Il examine enfin les différentes théories émisees pour expliquer cette atrophie d'origine cérébrale et se fondant sur sa fréquence chez les individus jeunes où les cellules des cornes antérieures sont sous la dépendance plus étroite des centres cérébraux, il admet que dans les cas analogues observés chez l'adulte, l'autonomie des cellules spinales antérieures vis-à-vis du cerveau, se trouve amoindrie.

X. F.

De la tétanie chez les enfants et ses rapports avec le laryngo-spasme, par S. Loos (*Deutsches Archiv f. klin. Med.*).

L. a étudié sur un nombre relativement considérable de sujets, la tétanie manifeste ou latente des enfants et ses relations avec le spasme laryngien.

Les résultats de cette étude sont les suivants : la tétanie est une affection se présentant fréquemment dans la première enfance et offrant des caractères bien nets. Il est rare qu'elle se révèle par des contractions toniques spontanées des extrémités supérieures ou des quatre extrémités à la fois, mais elle se traduit par le laryngo-spasme. Il n'est pas démontré que le spasme laryngien se rencontre en l'absence des autres symptômes de la tétanie. La maladie s'ex-

plique par l'exagération de l'excitabilité des nerfs périphériques et des muscles vis-à-vis des différentes excitations. La tétanie se produit de préférence dans certains mois de l'année : elle n'entretient aucune relation étiologique avec le rachitisme.

Il faut noter que l'examen histologique du système nerveux central et périphérique de deux enfants morts avec les signes de la tétanie, a donné des résultats absolument négatifs.

Depuis que L. examine chaque cas de laryngospasme au point de vue des autres symptômes de la tétanie, il n'en a rencontré aucun où les signes laryngés existassent d'une façon isolée.

Ce qui démontre déjà l'absence de rapport entre le spasme laryngien et le rachitisme, c'est le moment de la plus grande fréquence du premier ; en effet les courbes qui indiquent la fréquence du spasme glottique dans les différents mois, coïncident avec celles du rachitisme.

Schlesinger auquel nous empruntons cette analyse relève dans le travail de L. des erreurs qui ébranlent ses conclusions touchant la non participation du rachitisme dans l'étiologie du spasme laryngien. Depuis plusieurs années, Schlesinger a examiné des milliers d'enfants sains et malades au point de vue de la tétanie. Sauf une très faible proportion de cas, les malades atteints de spasme glottique présentaient du rachitisme et le mal laryngien disparaissait quand le rachitisme s'améliorait. Très souvent, on observait en même temps, le phénomène facial tandis que la tétanie latente ou avec convulsions spontanées ne se rencontra que dans 10 % des cas, bien que chaque fois on ait recherché le phénomène de Trousseau et les autres symptômes de la tétanie.

Ces faits vont donc à l'encontre de la thèse de L. et confirment l'ancienne doctrine des rapports étiologiques du spasme laryngien et de la tétanie.

X. F.

Contribution à l'étude de la syphilis cérébro-spinale, par

FRIEDEL PICK (*Zeitschr. f. Heilkunde*, 1893).

P. rapporte cinq cas de syphilis cérébro-spinale recueillis dans le service anatomo-pathologique du professeur Chiari et qui, placés en regard de l'observation clinique, donnent une idée des différentes formes de la maladie.

1° Une femme présentait, outre des nodosités multiples, une gomme dans la moelle allongée ; sauf une gomme située dans le pédoncule cérébral gauche et en plus, une lésion méningée au niveau de l'oculo-moteur externe gauche, ces lésions n'ont provoqué aucun symptôme.

2° Ce cas est remarquable par sa rapide évolution : comme lésions anatomiques il se trouve des foyers miliars dans la dure-mère et un foyer dans la moelle.

3° Ce cas présentait le type classique de la lésion syphilitique prononcée des vaisseaux avec ses conséquences : de plus, il existait un épanchement fibrineux avec éléments cellulaires sous la pie-mère épaissie à la région lombaire, et une destruction de fibres nerveuses des cordons postérieurs.

4° et 5° Ces cas concernent une sténose trachéale syphilitique avec foyers restés tout à fait latents, dans le lobe occipital et dans le cervelet, et une syphilis congénitale avec processus méningitique et gommés dans le lobe frontal.

Dans la seconde partie de son travail, P. présente une série de réflexions critiques. Il traite d'abord de l'infiltration méningitique primitive commune à tous ces cas et de la terminaison différente de ce processus suivant les cas.

Il s'étend ensuite sur la constatation très rare de granulations miliars dans la dure-mère et du foyer médullaire signalé plus haut. Il considère ces lésions comme de nature syphilitique à l'inverse de Baumgarten qui suppose une infection complexe lorsqu'on rencontre des cellules géantes dans la moelle.

L'auteur expose ensuite les lésions vasculaires depuis le simple épaississement hyalin de parois jusqu'aux formes les plus avancées de la péri-artérite et de l'endartérite.

Une partie importante du travail est constituée par des considérations sur les deux cas où existait une lésion du tronc (dans le premier : anesthésie douloureuse ; dans le second, anesthésie due à une gomme siégeant dans la moitié droite de la protubérance annulaire, au niveau de la racine de la V^e paire) : il pose la question de savoir si la racine ascendante subit la dégénérescence ascendante, c'est-à-dire de la moelle cervicale vers le point d'émergence du nerf, ou si elle subit la dégénérescence descendante, et il constate que c'est cette dernière qui se produit. Il se réserve de publier ultérieurement des expériences faites sur ce point, chez les animaux.

Comme appendice, P. publie un cas très intéressant, mais d'étiologie obscure, où il s'était produit une occlusion cicatricielle du quatrième ventricule en même temps qu'une hydrocéphalie interne très prononcée : les symptômes furent du nystagmus, de la rigidité pupillaire, de la céphalalgie, une marche vacillante et une paralysie du pathétique.

X. F.

*Contribution à l'étiologie de la paralysie générale, par EBEKE
(Allg. Zeitschr. f. Psych., 1893).*

Dans les 100 cas réunis par l'auteur, il se rencontre 53 cas de syphilis, mais trois fois seulement, elle existait comme cause unique. Les tares nerveuses se présentèrent 56 fois, les troubles nerveux personnels 44 fois, l'alcoolisme 43 fois, le surmenage mental 42 fois, les excès *in venere* 41 fois, l'hérédité directe 22 fois, les fatigues corporelles 22 fois, les traumatismes 5 fois.

Dans 47 % des cas, ces différentes causes — en dehors de la syphilis — se trouvèrent combinées. Comme maladies antérieures l'auteur cite le tabes (5 %), l'apoplexie cérébrale (1 cas), les névralgies (1 cas), la fièvre typhoïde (3 cas), le rhumatisme (2 cas), la goutte (1 cas), les affections chroniques de l'estomac (3 cas), la méningite (1 cas).

La durée de la paralysie était de 3 ans et 2 mois en moyenne, chez les syphilitiques; chez les autres, de 2 ans et 8 mois. L'âge moyen était de 36 à 45 ans (moitié des cas); c'est aussi l'âge où la syphilis se rencontre le plus communément.

X. F.

Contribution à l'étiologie de la paralysie générale avec remarques statistiques préliminaires, par KAES (Allgem. Zeitschr. f. Psych., 1893).

En comptant les cas probables, K. n'a noté la syphilis que 30 fois %; mais, il faut noter que les femmes paralytiques ont accouché d'enfants mort-nés 93 fois % et les femmes de paralytiques 40 fois. Dans 28 % des cas, les mariages sont stériles.

L'alcoolisme s'est présenté 19 fois, les traumatismes 22 fois, le typhus 15 fois %; le variole, le rhumatisme, le diabète ont été moins souvent observés.

L'hérédité se trouve 18 fois %, l'épilepsie antérieure 7 fois; la microcéphalie 3 fois. Le tabes se rencontre dans 15 % des cas et dans la moitié de ces cas, il y eut syphilis.

L'intoxication saturnine intervint dans 10 cas; l'intoxication par tabac joua peut-être un certain rôle; en effet, 35 malades étaient cigariers. Les affections cardiaques étaient fréquentes, surtout l'insuffisance aortique et l'insuffisance mitrale (53 et 60 cas).

La tuberculose fut cause de la mort dans 26 % des cas, mais en outre, souvent, on trouve de la tuberculose des poumons à l'autopsie.

Au point de vue anatomo-pathologique, il y avait de la sclérose latérale de la moelle dans 23 cas, dans 12 cas il y avait en outre de

la sclérose postérieure. Six cas présentèrent le tableau de la paralysie syphilitique d'Erb; 11 des cas de tabes étaient accompagnés d'atrophie des nerfs optiques. X. F.

Contribution à la pathologie et à l'anatomie pathologique de la paralysie générale et notamment à l'étude des altérations de la moelle et des nerfs périphériques, par FUERSTNER (Arch. f. Psychiat. et Arch. de Neurol., 1893).

Dans la paralysie générale, il peut y avoir d'après Pick lésion concurrente de tout le système nerveux périphérique? Il y a entre la lésion de ce dernier et les processus pathologiques du système nerveux central un rapport de dépendance?

Etude complète de 145 malades, 118 hommes, 27 femmes.

En ce qui concerne les lésions spinales de la paralysie générale, celles qui sont de beaucoup les plus fréquentes portent sur les cordons latéraux et postérieurs — puis, viennent celles des cordons postérieurs seuls — enfin la troisième catégorie a trait aux lésions des cordons latéraux seuls. Il est impossible d'établir si, chez les paralytiques généraux syphilitiques, il y a lésion exclusive ou prédominante des cordons postérieurs. Le processus primitif est constitué par la dégénérescence de la substance nerveuse. Le nombre des observations existantes jusqu'ici ne permet pas de prouver que la paralysie progressive soit le facteur direct d'une névrite périphérique. P. K.

De la température dans la paralysie générale, par F. PETERSON (Amer. neurol. Assoc., 1893).

On a prétendu qu'il existe chez les paralytiques généraux des variations quotidiennes de la température, se traduisant par de l'hypothermie et surtout par une différence de la température axillaire prise des deux côtés. P. a étudié attentivement à ce sujet vingt-cinq paralytiques généraux de l'asile de *Hudson River State Hospital* chez lesquels, pendant une semaine, la température a été enregistrée toutes les deux heures. En outre, chez dix malades, la température axillaire fut prise des deux côtés à la fois. Ces recherches ont montré que les oscillations diurnes et nocturnes de la température chez les paralytiques ne se distinguent en rien du type physiologique normal. Dans les cas où l'on trouve des élévations insolites de la température, cette hyperthermie est toujours due à une affection intercurrente quelconque, telle que troubles gastriques, décubitus, pneumonie larvée au début, etc.

Les troubles oculaires dans la paralysie générale progressive,
par GILBERT BALLET (*Progrès médical*, 1893).

Les troubles oculaires dans la paralysie générale constituent un symptôme tout aussi important que les phénomènes psychiques et les altérations du langage articulé. On ne leur a pas toujours attribué leur valeur réelle, parce qu'on n'a pas distingué entre les troubles permanents survenant à une période déterminée de la maladie et les troubles transitoires, épisodiques.

Le plus important est l'ophtalmoplégie interne ou paralysie des fonctions de la pupille à la lumière et à l'accommodation, avec intégrité des muscles externes de l'œil dont la paralysie est appelée ophtalmoplégie externe.

Cette ophtalmoplégie interne présente une évolution spéciale qui comprend quatre phases :

Première phase : parésie de la réaction à la lumière.

Deuxième phase : suppression de cette même réaction.

Troisième phase : abolition de la réaction à la lumière et parésie de l'accommodation. Cette troisième partie constitue le *faux signe d'Argyll Robertson*, différant du vrai en ce que dans ce dernier, le réflexe à la convergence est toujours intact.

Quatrième phase : paralysie complète à la lumière et à l'accommodation. Les deux yeux ne sont pas toujours affectés au même degré, de telle sorte que, chez un même malade, un œil peut présenter telle phase de l'ophtalmologie interne et l'autre œil, une autre phase.

L'inégalité pupillaire si fréquemment observée dépend de ce que la largeur de la pupille résulte, en général, du degré de la paralysie et que celui-ci varie d'un œil à l'autre. Lorsque les pupilles sont égales, on peut avoir affaire à du myosis ou à de la dilatation : le myosis est moins commun dans l'encéphalite que dans le tabes.

A côté de l'ophtalmoplégie, on peut rencontrer divers autres troubles peu importants, à savoir :

1° Paralysie des muscles externes (1 fois sur 37 cas).

2° Nystagmus (idem).

3° Atrophie de la pupille (idem).

4° Hyperémie et œdème de la pupille : B. n'en a pas observé de cas. X. F.

De la névrose paresthésique, par M. J. COLLINS (N. Y. Neurol. Assoc., 1893).

Les sujets atteints de cette affection jouissent d'ordinaire d'une bonne santé et ne présentent, en dehors de leurs phénomènes pares-

thésiques, aucun autre symptôme morbide. Ils se plaignent de sensations de fourmillement, de picotement, de térébration dans les membres, surtout dans les membres supérieurs, dans les doigts, la main et l'avant-bras, des deux côtés ou d'un côté seulement. Ces sensations ne sont pas limitées à la région d'un nerf quelconque, mais s'étendent avec la même intensité à tout le membre. La sensation anormale ne revêt que très rarement le caractère de douleur, au sens propre de ce mot. Parfois on constate dans la partie où siège la paresthésie un certain degré de ralentissement de la circulation, mais le plus souvent on n'y observe aucun phénomène morbide objectif : ni douleur à la pression sur le trajet des nerfs, ni troubles trophiques, moteurs ou de dégénérescence.

Les sensations paresthésiques se montrent par accès, surtout le matin, vers six heures, et dans le courant de l'après-midi. Le matin les paresthésies sont souvent assez intenses pour empêcher la continuation du sommeil. Elles ne s'accompagnent pas d'affaiblissement de la sensibilité ni de la force musculaire ; toutefois les malades prétendent que leurs membres se fatiguent plus vite que normalement.

Les paresthésiques observés par C. étaient âgés de plus trente-neuf ans. L'affection est surtout fréquente chez la femme.

Environ 75 % des femmes traitées étaient des lavandières ou des couturières. L'hérédité névropathique, l'hystérie, la neurasthénie, les troubles digestifs, les auto-intoxications, la goutte et le rhumatisme qui n'ont pas rapport de cause à effet avec la névrose paresthésique, n'y jouent aucun rôle important. Par contre, l'alcoolisme peut intervenir comme facteur pathogénique et donner lieu à une variété particulière, la variété *toxique*.

Le surmenage physique, une alimentation insuffisante et une aération défectueuse et toutes les influences débilitantes, jouent à l'égard de la névrose paresthésique le rôle de causes prédisposantes.

Quant à son traitement, il n'existe aucun remède spécifique. Les médicaments nervins, l'antipyrine, la phénacétine, etc. seraient plutôt nuisibles qu'utiles. Dans quelques cas, le bain faradique local s'est montré utile. Les diverses eaux minérales n'ont donné aucun résultat. Le meilleur traitement consiste en un repos prolongé, associé à une alimentation abondante, sans excès de substances azotées, et dans l'usage des toniques et des reconstituants.

J. M.

Contribution à l'akinesia algera, par W. KÖNIG (*Centralbl. f. Nervenheilk. et Arch. de Neur.*, 1893).

C'est l'akinesie douloureuse de Mœbius, caractérisée par l'impotence et des douleurs sans cause saisissable. Elle survient chez des

personnes appartenant à une famille névropathe ou déséquilibrée, à la suite de surexcitations; la faiblesse nerveuse ouvre la scène, puis les mouvements déterminent des tensions douloureuses, finalement la plupart d'entre eux sont douloureux. Tantôt, la douleur accompagne le mouvement, tantôt elle le suit et se montre non pas seulement dans la partie en mouvement, mais en d'autres parties du corps. Si bien que les malades, dans leur impotence absolue, ressemblent à des paralytiques. Cet état peut subsister très longtemps. En même temps, on constate les signes de la neurasthénie : insomnie — mélancolie — incapacité de travail intellectuel — obtusion et sensation de pression céphalique — sensations pénibles dans le dos. Pas d'hystérie. L'issue n'en est pas connue; il est à supposer que la guérison est impossible, mais il existe une observation dans laquelle il y avait une maladie mentale concomitante. Ressemblance avec l'atrémie de Nefel qui, pour ce dernier auteur, est de la folie hypocondriaque. L'akinésie serait à peu près à l'akinésie douloureuse, ce que l'astasia-abasie est à la paraplégie hystérique.

Observation. — Femme de 48 ans, atteinte de folie systématique chronique, pas d'hérédité; hypocondrie organisée en délire. Tout à coup, sans hyperthermie, sans accélération du pouls, douleurs intenses localisées aux muscles, augmentant à l'occasion des mouvements, et, de temps à autre, à tel point que la malade ne peut plus se mouvoir. Troubles intermittents de la sensibilité cutanée, du goût, de l'odorat, de la vue, de la parole; phénomènes convulsifs pouvant aussi être produits par des excitants mécaniques. Peu de sommeil. Appétit passable. Pas de troubles dans les organes internes. Pas de modifications de l'excitabilité électrique; pas de fièvre, pas d'œdème, pas de diminution de poids. Thérapeutique impuissante. Cependant il se produit une amélioration graduelle qui ne va point jusqu'à la guérison. Intégrité des muscles, surtout si l'on considère l'état satisfaisant de la nutrition chez une personne immobile depuis plus d'un an.

P. K.

Note sur les anomalies du testicule chez les dégénérés et en particulier sur les inversions de l'épididyme, par CH. FÉRÉ et P. BATIGNE (*Rev. neurol.*, 1893).

Les anomalies du testicule chez les dégénérés ont été étudiées par Raffegeau, Bourneville, Sollier et Louët. Mais celles qu'on a encore en vue sont surtout les anomalies grossières (microorchidie, cryptorchidie, etc.); une mention de l'inversion du testicule ne paraît pas remonter plus loin que Maisonneuve et Royet; ce dernier admet que l'inversion antérieure se rencontre une fois sur 15 à 20.

F. et B. ont examiné 185 malades, parmi lesquels 8 hystériques, 6 imbéciles, et 171 épileptiques.

Parmi les hystériques, ils ont trouvé une inversion antérieure, une inversion en anse avec microrchidie, et un varicocèle. Chez les imbéciles ils trouvent une inversion antérieure chez l'un et un varicocèle chez un autre.

La statistique concernant les épileptiques est plus importante. L'ectopie testiculaire s'est présentée trois fois, une fois le testicule était fixé à l'anneau des deux côtés; une fois le testicule gauche était fixé à l'anneau; une fois le testicule était resté dans le ventre à droite, il y avait microrchidie de l'autre côté.

La microrchidie est double chez dix épileptiques; deux fois elle coïncide avec une inversion antérieure d'un seul côté, et une fois avec un varicocèle à gauche. Elle existe quatre fois à droite seulement; une fois en même temps qu'une inversion antérieure, une autre fois avec un varicocèle à gauche. Elle existe deux fois à gauche seulement, une fois avec la cryptorchidie du côté droit. La microrchidie se rencontre en somme chez 9,35 %.

Les inversions du testicule se sont montrées sous plusieurs formes qui méritent une statistique spéciale.

L'inversion antérieure, la tête de l'épididyme, en avant et en haut, est la plus fréquente. Elle était toujours unilatérale, dix fois à droite et neuf fois à gauche. Deux fois elle coïncidait avec la microrchidie double; une fois avec la microrchidie et une hernie inguinale du même côté; une fois avec une hernie inguinale du même côté. L'inversion antérieure existe chez 11,11 pour 100 des épileptiques, c'est-à-dire qu'elle est chez eux plus fréquente que chez les sujets normaux.

L'inversion supérieure existait des deux côtés chez quatre malades : deux fois la tête de l'épididyme était en avant des deux côtés; une fois la tête de l'épididyme était en arrière des deux côtés; une fois la tête était en avant, à gauche et en arrière, à droite. Cinq fois l'inversion supérieure, toujours la tête de l'épididyme en avant, n'existait qu'à droite; deux fois elle n'existait qu'à gauche, et dans les deux cas elle coïncidait avec un varicocèle.

L'inversion en anse avec l'épididyme en arrière, existait une fois à droite et une fois à gauche.

L'inversion en demi-anse avec l'épididyme en arrière s'est rencontrée une fois à gauche seulement, et une fois des deux côtés.

En somme, F. et B. ont trouvé 34 anomalies de position de l'épididyme sur 171 épileptiques, c'est-à-dire 19,87 %. On voit qu'il s'agit par conséquent d'anomalies fréquentes chez cette catégorie de malades, et qui méritent d'être recherchées et signalées.

Le varicocèle est aussi assez fréquent chez les épileptiques; F. et B. l'ont rencontré une fois des deux côtés, et 13 fois à gauche seulement.

La sensibilité morbide du testicule n'est pas très rare chez les épileptiques. Ils l'ont constatée 16 fois sur les 171 malades explorés; une fois elle coïncidait avec la microrchidie, une fois avec l'ectopie, deux fois avec l'inversion supérieure, deux fois avec l'inversion en demi-anse, deux fois avec le varicocèle. Ainsi huit fois sur seize, c'est-à-dire 50 fois %, la douleur coïncide avec une anomalie. Notez que les deux hystériques qui ont le testicule douloureux ont une anomalie.

La proportion des anomalies est beaucoup plus grande parmi les testicules douloureux que parmi les testicules à sensibilité normale; on peut donc conclure que l'organe a d'autant plus de chance d'être douloureux qu'il est anormal.

J. M.

Note sur des vergetures transversales de la région lombo-sacrée fréquentes chez les épileptiques, par CH. FÈRE et E. SCHMID (Rev. neurol., 1893).

Les vergetures les plus fréquentes sont celles qui se produisent à propos de la grossesse, des tumeurs abdominales, dans l'obésité. Bouchard les a rencontrées au niveau des articulations des genoux à la suite de la fièvre typhoïde. On en voit apparaître sur le thorax au cours d'une affection des poumons ou de la plèvre, tantôt du côté malade, lorsque la distension est trop grande, tantôt du côté sain, lorsque par suite de la diminution du champ respiratoire du côté malade, il y a suractivité fonctionnelle du côté sain.

Quelquefois elles ont paru n'avoir aucun rapport avec une distension excessive et rapide, et mériter le nom d'atrophie cutanée progressive, que Cantani a donné à un cas de ce genre où les vergetures couvraient tout le corps. Dans deux cas observés à la Salpêtrière chez un hystérique et chez un neurasthénique, la cause des vergetures restait douteuse, et on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas de troubles trophiques. Chez ces malades il existait des vergetures transversales de la région lombaire. On a été frappé de la fréquence de cette même disposition chez les épileptiques.

Ces vergetures sont fréquentes, 26 fois sur 172 (15,11 %).

Les vergetures sont groupées à la région lombo-sacrée. Les supérieures atteignent le niveau de la partie la plus élevée de la crête iliaque; les inférieures descendent jusqu'à l'épine iliaque postérieure. Elles peuvent toutefois dépasser un peu ces limites.

La couleur de la vergeture varie. Le plus souvent elle est d'un

blanc nacré et brillant qui tranche sur la peau avoisinante ; d'autres fois, la coloration est violacée, lie de vin claire ; il s'agit alors de vergetures récentes.

En passant le doigt sur la vergeture, on sent une dépression très nette, la peau paraît amincie en cet endroit ; elle est aussi beaucoup plus lisse, les papilles paraissent atrophiées. Leur aspect ne diffère pas des vergetures vulgaires. Leur longueur est en moyenne de 4 centim. Lorsqu'elles sont très courtes, elles s'orientent les unes dans le prolongement des autres, suivant une même ligne horizontale. La ligne ainsi formée peut être comparée à une vergeture très longue qui aurait été coupée par des ponts de peau saine. Leur largeur varie de 2 à 5 millim. ; la direction est sensiblement horizontale, quelquefois l'extrémité externe s'incline en bas et en dehors. On peut voir une vergeture se bifurquer une ou plusieurs fois, ce qui rompt le parallélisme habituel des lignes. Elles se dirigent horizontalement vers la fosse iliaque externe, quelquefois un peu obliquement en bas et en dehors, et cessent à une distance de 15 à 18 centim. de la ligne médiane. Dans un cas, elles se sont étendues jusque dans le flanc.

Par rapport à l'axe du corps elles sont le plus ordinairement bilatérales et commencent à 2 ou 3 centim. de la ligne médiane. Leur nombre est rarement égal des deux côtés. La différence est manifeste chez les malades atteints d'hémiplégie infantile : le côté hémiplégique présentait toujours des vergetures plus nombreuses et plus marquées. Dans quelques cas les vergetures étaient unilatérales et siègeaient exclusivement du côté malade. Enfin elles peuvent franchir la ligne médiane, et s'étendent alors plus d'un côté que de l'autre.

Dans deux cas seulement, à ces vergetures lombo-sacrées se joignaient d'autres réparties irrégulièrement sur tout le corps, principalement aux membres. Mais ces dernières étaient violacées et paraissaient provenir du rapide embonpoint du malade, alors que les premières étaient blanches et plus anciennes.

La théorie nerveuse du trouble trophique admise par Thaon à propos des vergetures thoraciques, a été réfutée par Troisier et Ménétrier qui ont fait remarquer qu'il n'y avait pas atrophie de la peau au niveau des vergetures, mais simple étirement. Gimbert ajoute que la névralgie si commune dans les troubles trophiques n'a jamais été mentionnée ; elle ne l'est pas non plus dans les observations de F. Il reste la théorie de la distension mécanique, qui explique bien les vergetures thoraciques. Ne pouvant invoquer des changements de volume analogues pour la région susdite, n'y avait-il pas eu, à un certain moment de la vie, un développement disproportionné du rachis par rapport aux membres inférieurs ? De ce

défaut de parallélisme du développement des parties il aurait pu résulter un tiraillement de la peau à la limite des deux régions et des vergetures lombaires. On sait que Bouchard invoque une inégalité de développement des os des membres et de la peau pour expliquer les vergetures au niveau des articulations dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Pour vérifier cette théorie, il fallait d'abord connaître la longueur moyenne du rachis et ensuite la comparer à la longueur du rachis des malades présentant des vergetures. Pour obtenir la longueur moyenne du rachis, F. a mesuré les rachis de 172 malades et par trois procédés différents. Le premier procédé consistait, le malade étant debout, à mesurer la distance de la VII^e cervicale à la pointe du coccyx, à l'aide d'un ruban qu'on appliquait en suivant les courbures de la colonne vertébrale. Dans le second, il a pris à l'aide d'un compas d'épaisseur spécial la même distance. Enfin, dans le troisième procédé, il a fait asseoir les malades sur la plateforme d'une toise, mesurant la hauteur du tronc jusqu'à la VII^e cervicale.

Ce dernier procédé a donné la moindre différence. F. l'a conservé pour établir le rapport du tronc à la taille considérée égale à 100.

En considérant la fréquence des vergetures suivant le rapport de la longueur du tronc à la taille, il a obtenu le tableau suivant :

Nombre des sujets mesurés.	Rapport du tronc à la taille = 100.	Nombre de sujets atteints de vergetures.
3	35 à 36	»
18	36 à 37	1
29	37 à 38	4
55	38 à 39	5
43	39 à 40	10
19	40 à 41	4
4	41 à 42	2
1	42 à 43	»

Les sujets chez lesquels le rapport du tronc à la taille n'est que de 35 à 39 sont les plus nombreux, soit 105 ; chez ces sujets il n'y a que 10 cas de vergeture, soit 9,52 %. Les sujets chez lesquels le rapport du tronc à la taille varie de 39 à 43 sont moins nombreux, soit 67 ; chez ces sujets il y a 16 cas de vergetures, soit 23,88 %. On peut en conclure que la grande longueur du tronc par rapport à la taille constitue une des conditions étiologiques des vergetures lombo-sacrées observées. La prédominance ou l'existence exclusive des vergetures du côté malade chez les hémiplegiques infantiles vient à l'appui de la réalité de cette condition étiologique ; en effet chez les hémiplegiques de l'enfance l'arrêt de développement porte beaucoup plus sur les membres paralysés que sur le tronc.

J. M.

Note sur la toxicité des urines des épileptiques, par CH. FÉRÉ
(Soc. de biologie, 1893).

Les urines pré-paroxystiques ont paru à F. plus toxiques, en général, que les urines post-paroxystiques. Voisin et Péron ont publié une note dans laquelle ils donnent des conclusions diamétralement opposées; mais leurs conclusions ne sont pas légitimement déduites de leurs expériences où on relève une négligence qui les annule. Ils n'ont tenu aucun compte de la rapidité de l'injection qui doit être fixe pour toutes les expériences comparées et qui varie dans les leurs.

La vitesse d'injection dont on se sert habituellement est de 10 centimètres cubes à la minute. Dans les expériences de Voisin et Péron, les urines pré-paroxystiques sont injectées à raison de 580 c. c. en 1 h. 30, de 200 c. c. en 1 h. 5. Avec cette lenteur opératoire, sans compter les interruptions qu'ils signalent, ils obtiennent des hypotoxicités tout à fait remarquables que l'on trouve dans les conclusions, mais qui en réalité n'existent pas dans les expériences.

Cependant l'hypotoxicité peut exister pendant toute la période de l'accès épileptique.

Le nommé M..., 20 ans, épileptique depuis l'âge de douze ans, a toujours plusieurs accès par mois. Il a été mis en expérience le 9 février 1893, il n'avait pas eu d'accès depuis sept jours. Les urines ont été recueillies à partir de 7 heures du soir. Le 11 février, le malade a un accès à 6 heures du soir, il en a eu un autre à 9 heures et un autre à 11 heures. L'urine a encore été recueillie le 12 et le 13, puis le 22 (pas d'accès du 11 au 26).

Les injections ont été faites avec des urines neutralisées, maintenues à 37 degrés, et la vitesse a été constamment de 10 c. c. à la minute sans interruption. Les coefficients urotoxiques ont été les suivants :

9 février.	— Urine de nuit	0.093
10 »	Urine de jour et de nuit	0.131
11 »	» »	0.132
12 »	» »	0.259
13 »	» »	0.328
22 »	» »	0.420

Ces résultats, en contradiction formelle avec ceux qui ont été obtenus précédemment avec la même méthode d'expérimentation, montrent qu'il faut se tenir sur la réserve quant aux déductions théoriques ou pratiques à en tirer.

J. M.

Note sur un cas d'hypertrichose de la partie inférieure du corps chez un épileptique, par CH. FÉRÉ (*Nouv. Icon. de la Salpêtr.*, 1893).

L'hypertrichose localisée à la partie inférieure du corps et aux membres inférieurs se développe quelquefois en conséquence de lésions de la moelle épinière, myélite chronique, paraplégie traumatique, pachy-méningite spinale. On la range parmi les troubles trophiques, et on l'assimile aux hypertrichoses plus fréquentes que l'on observe sur le trajet des nerfs blessés. Dans tous ces cas le principal caractère de la nature pathologique du développement exagéré des poils consiste, en dehors de la localisation, dans la netteté de ses limites qui tranchent sur les régions voisines. Cependant, en dehors des nœvi qui paraissent plus fréquents chez eux, on peut observer chez des dégénérés des hypertrichoses locales qui peuvent en imposer par leur distribution pour des hypertrichoses symptomatiques. L'exemple est digne de remarque chez B..., 28 ans, épileptique héréditaire.

Tandis que sur les membres et la partie supérieure du tronc il n'existe que quelques poils folets à peine colorés, les membres inférieurs, les fesses et le pourtour du bassin, sont couverts de poils abondants longs et noirs; beaucoup de poils ont deux centimètres et demi de long; ils forment un véritable caleçon. La limite de cette hypertrichose est surtout intéressante sur la partie postérieure du corps: les poils s'arrêtent *sur une ligne transversale* passant un peu au-dessous de l'apophyse épineuse et de la deuxième lombaire. La photographie qui accompagne le travail original n'a pu rendre qu'incomplètement la différence de coloration de la partie supérieure de la partie inférieure du corps qui est tout à fait frappante sur le sujet. En avant, la région velue se prolonge des aînes vers l'ombilic en diminuant graduellement et la transition est beaucoup moins brusque.

Ce fait montre que l'hypertrichose à localisation systématique peut se montrer en dehors des maladies organiques du système nerveux auxquelles elle est ordinairement liée. Il semble que chez ce malade le développement anormal des poils soit dû à un trouble d'évolution congénital dont la nature reste à éclairer. J. M.

La polyurie hystérique, par A. MATHIEU (*Revue neurol.*, 1893).

La polyurie hystérique est loin d'être une rareté. Si on en a si longtemps méconnu la fréquence relative, c'est que presque toujours,

les polyuriques hystériques sont des hommes et que le diabète insipide est rare chez les hystériques femmes.

Le tableau clinique de la polyurie hystérique est d'une grande simplicité. Les malades se plaignent d'uriner beaucoup, d'être tourmentés par une soif plus ou moins vive, de se trouver affaiblis, déprimés aussi bien au physique qu'au moral. L'abondance et la fréquence des mictions sont pour eux une cause de gêne et de fatigue par l'insomnie dont elles deviennent parfois la cause ou l'occasion.

La soif est plus ou moins intense, plus ou moins impérieuse; dans les cas de grande polyurie elle devient absolument angoissante. Le plus souvent, la quantité d'urines est modérée: elle ne dépasse pas 4, 5 à 7 ou 8 litres.

L'affaiblissement des malades est habituel, mais plus ou moins marqué: tous éprouvent une dépression neurasthénique des forces. Ils sont incapables de fournir un travail physique un peu pénible et un peu prolongé.

Lorsque la polyurie a duré un certain temps, ils présentent des signes d'anémie et de l'amaigrissement.

Trois ordres de raisons peuvent surtout amener à considérer une polyurie simple comme étant subordonnée à l'hystérie:

1° Si coïncidence avec des accidents hystériques, troubles de la sensibilité et surtout l'hémi-anesthésie, les points hystérogènes, le rétrécissement concentrique du champ visuel.

2° Le mode de début: il n'est pas rare que la polyurie survienne brusquement à la suite d'une vive émotion, d'un choc violent et en particulier d'un choc sur la tête.

3° Sa disparition et sa réapparition sous l'influence de la suggestion. La suggestion peut être faite pendant le sommeil hypnotique, à l'état de veille, ou encore par voie d'illusion. Elle permet de démontrer que la polyurie simple de nature psychique peut se montrer indépendamment de tout stigmate hystérique et qu'elle peut constituer la seule manifestation névropathique (Debove).

L'influence de la suggestion montre le parti que l'on peut tirer de la persuasion en thérapeutique. Les calmants de tout ordre, les opiacés, la belladone, la valériane, le bromure ont tour à tour donné des résultats heureux chez ces malades.

Nous voyons d'autre part, le chlorure de sodium à petites doses, amener une guérison remarquable dans le cas de Thiroloix. Cela prouve que, pour que ces malades guérissent, il faut avant tout que les médecins soient ou aient l'air convaincu de l'efficacité des substances qu'ils ordonnent. La valériane et le bromure doivent être données à doses élevées; mais, il est un autre élément qu'il faut donner aussi à doses massives, c'est la suggestion. X. F.

Sur la motilité de l'orbiculaire des lèvres dans la paralysie faciale des hémiplegiques, par FÉRÉ (Soc. de Biologie, 1893).

L'auteur a observé un certain nombre de faits qui prouvent que les troubles de la motilité de l'orbiculaire des lèvres chez les hémiplegiques ne sont pas nécessairement en rapport avec les troubles de la motilité des autres muscles de la face : quelquefois, avec une paralysie faciale très prononcée, on constate une motilité à peu près normale de l'orbiculaire ; d'autres fois, au contraire, la paralysie de l'orbiculaire paraît aussi marquée que celle des autres muscles de la face ; le plus souvent elle est moins intense.

Ces différences offrent un certain intérêt théorique. Que la paralysie de l'orbiculaire soit moins marquée, en général, que celle des muscles du côté paralysé, on peut s'en rendre compte par cette circonstance que l'orbiculaire des lèvres est constitué par des fibres dont bon nombre traversent la ligne médiane et ont une innervation bilatérale qui s'oppose à la paralysie totale.

Quant à l'absence apparente de paralysie de l'orbiculaire, on peut l'expliquer soit en admettant qu'il existe un centre cérébral de l'orbiculaire des lèvres, soit en supposant que les deux muscles de l'orbiculaire sont sous la dépendance d'un centre cérébral unique.

Contribution à l'histoire des hydarthroses intermittentes, par CH. FÉRÉ (*Rev. neurol. et Journ. de med.*, 1893).

1. Hystérique morphinomane. Isolement et diminution graduelle de la dose quotidienne. Après deux mois de traitement, la démorphinisation étant déjà poussée fort loin, apparition subite d'une hydarthrose du genou ; distension de l'article, soulèvement de la rotule, douleurs très vives ; ni rougeur, ni chaleur, une injection de morphine fait tout disparaître en peu de temps ; mais le lendemain, l'épanchement avait reparu. Le même fait se reproduisit huit fois en huit jours de temps.

2. Hystérique ayant présenté un grand nombre de manifestations, entre autres des troubles circulatoires et de la paralysie nocturne ; pendant certaines périodes, il y avait de l'hydarthrose double, présentant les mêmes caractères que chez la malade précédente.

3. Épileptique ayant eu d'abord, à plusieurs reprises, une hydarthrose intermittente de l'articulation temporo-maxillaire gauche, puis de l'hydarthrose intermittente d'abord et finalement permanente des deux genoux. Cette dernière affection a résisté à tous les traitements depuis trois ans qu'elle dure, mais elle n'empêche pas

le malade de faire journallement le dur service de porteur de charbon. Les articulations sont très distendues, mais sans inflammation ni fièvre.

Il s'agissait ici d'une névrose articulaire, d'une paralysie vaso-motrice analogue aux paralysies musculaires, si fréquentes chez les hystériques. La dernière observation prouve cependant que la paralysie peut devenir définitive.

R. V.

Du mouvement choréique, par Horatio C. Wood M. D. (*The Journal of Nervous and Mental disease*, 1893).

L'auteur s'appuyant sur des recherches personnelles, prétend que la chorée infantile est analogue à la chorée du chien, et que, comme il est prouvé que cette dernière est de cause spinale, la chorée infantile aurait la même cause. Ceci lui semble indiscutable, car il n'est pas admissible pour lui que le mécanisme de la chorée diffère d'une espèce à l'autre. Se fondant sur ces prétentions, il explique les mouvements choréiques en supposant que l'appareil spinal d'inhibition est si affaibli qu'il a perdu tout contrôle sur l'appareil de la décharge motrice. Cette théorie expliquerait également l'absence de fatigue malgré les mouvements continuels. L'auteur cite ensuite des expériences sur des chiens choréiques, tendant à prouver que la fonction d'inhibition peut être stimulée; la quinine aurait ce pouvoir à un haut degré, aussi préconise-t-il ce médicament dans cette affection.

Un cas d'hémichorée sénile, par E. REMAK (*Neur. Centr.*, 1893).

La malade, âgée de 76 ans, sans antécédents névropathiques personnels ni héréditaires, fut d'abord prise, trois ans auparavant, de douleurs dans les membres du côté droit. Ces douleurs qui ne s'accompagnaient pas de tuméfaction des jointures, disparurent spontanément. Un an après survint, sans aucune cause appréciable, le trouble moteur actuel. Ce sont des secousses involontaires dans le bras et la jambe gauches, secousses qui disparaissent pendant le sommeil ainsi que pendant les mouvements volontaires, et qui n'empêchent ni la marche, ni même l'action de coudre ou d'écrire. Il n'existe chez la malade aucun signe d'une affection organique du système nerveux central.

Les secousses sont surtout prononcées à la jambe pendant que la malade est dans le décubitus dorsal. Elles ont un caractère rythmique et consistent en mouvements d'extension, de flexion et de

rotation dans l'articulation du pied, se répétant environ quarante fois par minute. Au membre supérieur, elles sont limitées aux muscles de l'épaule et se traduisent surtout par des mouvements de l'épaule en arrière. Ces secousses ne sont pas aussi rapides que le tremblement parkinsonien; d'autre part, elles ne présentent pas cette exagération des mouvements si caractéristiques de l'athétose.

R. admet ici l'existence de l'hémichorée sénile, qui se distingue des autres hémichorées en ce que les secousses choréiques diminuent pendant les mouvements volontaires dans la forme sénile, tandis qu'elles augmentent dans l'hémichorée juvénile et gravidique.

Un point important pour le pronostic est de savoir si dans ce cas il s'agit vraiment d'une forme sénile de l'hémichorée simple ou bien de chorée progressive, qui est parfois unilatérale. L'absence de troubles psychiques, ainsi que de mouvements choréiques de la tête et de la face, fait rejeter à R. l'hypothèse de chorée progressive.

R. espère obtenir de bons résultats par l'emploi de l'arsenic (au moyen duquel Fry a réussi à guérir, en trois mois, un cas d'hémichorée sénile) et par la galvanisation du nerf sciatique droit et du plexus sus-claviculaire du même côté, ces troncs nerveux ayant été trouvés, dans le cas dont il s'agit, plus sensibles à la pression que les branches du plexus du côté opposé.

J. M.

Remarques sur les formes de la chorée chronique. — Observations de deux familles de la forme héréditaire avec une autopsie, par WILLIAM OSLER, O.-D. (Journ. of Nerv. and Ment. Dis., 1893).

L'auteur divise en quatre les formes de la chorée chronique : 1° Chorée chronique des enfants apparaissant à la naissance ou dans les deux ou trois premières années; 2° Chorée chronique sans hérédité manifeste pouvant apparaître à n'importe quelle période de la vie; 3° La chorée d'Huntington caractérisée par l'hérédité, l'apparition tardive, les troubles psychiques et la marche progressive et fatale; 4° Les cas de chorée minor à aspect chronique pouvant persister pendant des mois, voire même des années, mais se terminant toujours par la guérison. L'auteur publie ensuite deux observations de chorée d'Huntington remarquables par l'hérédité dans les deux cas; une de ces observations contient le résultat de l'autopsie où il n'y a guère à signaler que l'athérome. L'auteur entre ensuite dans quelques considérations sur la différence des symptômes dans la chorée chronique progressive et les autres chorées, différences qui en font nettement une maladie distincte.

J. B. C.

Des troubles nerveux et psychiques de la ménopause, par
SAVAGE (Med. Soc. of London, 1893).

Si la ménopause ne peut être considérée comme la cause unique de ces troubles, elle n'en joue pas moins à leur égard le rôle d'une cause prédisposante incontestable. Il n'existe pas de forme spéciale de psychose à laquelle on puisse appliquer l'épithète de *critique*; cependant, les troubles mentaux survenant à l'époque de la ménopause présentent plus souvent le caractère de la dépression que celui de l'excitation. Souvent aussi on observe une sorte d'hypochondrie survenant à la période critique, dans laquelle les malades se plaignent surtout de troubles de la circulation céphalique, cutanés ou viscéraux. Des sensations cutanées anormales peuvent devenir, dans ces cas, la cause d'idées délirantes de persécution et susciter des expertises médico-légales. D'autres fois, le développement de poils à la face peut plonger la femme dans un désespoir profond. L'affaiblissement de l'ouïe ou d'autres sens spéciaux, assez fréquent à la période de ménopause engendre parfois aussi des idées délirantes de persécution. Une surdité progressive accompagnée d'un développement également progressif du délire des persécutions paraît même constituer une autre forme de psychose particulière à l'âge critique. Cette forme, très peu curable, présenterait une certaine analogie avec la paralysie générale. Toutefois, ces deux affections diffèrent : la paralysie générale lèse des organes indispensables à la vie organique et aboutit à une issue fatale; la psychose critique n'intéresse que la sphère sensitive, les fonctions sensitives et n'entraînent pas, par conséquent, la mort.

La période de la ménopause se distingue, en général, par une grande tendance aux troubles fonctionnels du côté des organes de la reproduction et aux paresthésies ayant ces organes pour point de départ. Les manifestations hystériques variées sont également fréquentes à l'âge critique. Elles peuvent provoquer aussi des idées délirantes. On peut observer, à cette période, une augmentation des désirs érotiques aboutissant aux divers genres d'excès vénériens. Enfin, la tendance à abuser de certains excitants (alcool, morphine) est aussi une particularité assez commune à ce moment de la vie sexuelle de la femme.

Le pronostic des troubles psychiques de la ménopause est, en général, favorable, bien que souvent la guérison ne puisse être obtenue, ce qui arrive surtout chez les malades qui ont déjà présenté des signes d'aliénation mentale avant la période critique. S. a pu réunir 54 observations de troubles psychiques d'origine critique : 10 cas de manie, 32 cas de lypémanie et 7 cas d'idées délirantes.

L'âge moyen des malades était d'environ quarante-sept ans. Dans 45 cas (90 %), il s'agissait de psychoses survenues pour la première fois pendant la ménopause. La plupart des malades (66 %) présentaient des antécédents psychopathiques héréditaires. Des tendances au suicide ont été notées dans 24 cas. De ces 54 malades, 47 ont guéri, 5 ont été améliorées et 2 sont mortes. Dans le traitement des psychoses critiques, on ne peut abuser des bromures. Les mesures hygiéniques générales ont donné les meilleurs résultats.

Richards doute que la ménopause soit un facteur puissant dans la production des troubles mentaux. Au Hanwell Asylum, la majorité des aliénées sont admises bien avant l'âge critique. Les symptômes décrits par S. comme particuliers aux psychoses de la ménopause ne sont pas caractéristiques et se rencontrent également dans d'autres formes d'aliénation mentale. Cependant, la période de la cessation des règles peut exercer une certaine influence sur les troubles psychiques préexistants. C'est ainsi qu'elle produit un effet favorable sur les psychoses intermittentes survenant aux époques menstruelles; mais ces cas sont rares. Plus souvent, la ménopause modifie plutôt la forme que l'intensité de ce trouble mental, en ce sens que les accès de manie récurrente cèdent la place à un état lypémanique persistant.

J. M.

De la dissimulation des idées de grandeur dans le délire chronique à évolution systématique, par LACHAUX (Paris, 1893).

On connaît la divergence qui partage les aliénistes touchant la fréquence des idées de grandeur dans le délire chronique. Les uns estiment que tout malade, après avoir passé par une phase d'incubation et une phase de persécution, arrive à la mégalomanie qui finit par aboutir à la démence. Pour d'autres, au contraire, la transformation des idées de persécution en idées de grandeur, loin de constituer la règle, forme l'exception.

L'auteur s'est demandé s'il ne fallait pas chercher dans la dissimulation des idées de grandeur, l'explication de cette divergence et a soumis la question à une étude critique.

Les conclusions auxquelles il est arrivé sont les suivantes :

1° Fréquemment, dans le cours du délire chronique, les malades arrivés à la période de mégalomanie, dissimulent leurs idées ambitieuses ou ne les énoncent qu'avec force réticences.

2° La dissimulation des idées de grandeur suit une marche parallèle à l'évolution de la maladie, c'est-à-dire qu'elle sera complète et fréquente au début de la période de mégalomanie, alors que le malade a conservé toute sa vigueur intellectuelle, raisonne et pense.

Au fur et à mesure qu'il avancera vers la dissociation des idées délirantes et vers la démence, cette dissimulation disparaîtra et les idées ambitieuses les plus fantasques et les plus bizarres seront émises avec la même facilité que dans les maladies mentales caractérisées par la débilité ou l'affaiblissement de l'intelligence (imbécillité, paralysie générale).

3° Les motifs qui poussent le malade à dissimuler ont paru être de nature diverse.

C'est d'abord le doute (il n'est pas certain de sa nouvelle personnalité), la méfiance qui forme le fond de son caractère, la crainte de se voir accueilli par le sourire de l'ironie ou de l'incrédulité, l'impossibilité où il se trouve de ne pouvoir fournir que des preuves insuffisantes pour amener la conviction dans l'esprit de ses interlocuteurs, enfin d'autres fois, la persuasion que tout le monde connaît ses nouvelles dignités dont il est inutile de faire étalage.

Nous croyons que ces divers motifs de réticences marquent les étapes successives du délire, qu'ils indiquent les différents degrés de l'affaiblissement d'une intelligence qui peu à peu s'amointrit et que la dernière cause de dissimulation sera pour le médecin, un indice que son malade est sur le point d'entrer dans la période de démence.

4° Découvrir cette dissimulation n'est pas toujours possible.

Le plus souvent, on parviendra au diagnostic par les moyens suivants : on recherchera avec soin les antécédents et l'histoire pathologique du malade (délire de persécution systématisé de longue date, hallucinations de l'ouïe) ; on étudiera son genre de vie au milieu des autres malades, ses relations avec eux, son attitude devant le médecin, son costume, les modifications de l'uniforme (ressemblance lointaine avec celui des personnages célèbres) ses lettres, ses écrits, en un mot, son habitus extérieur.

L'interrogatoire sera alors fait dans le sens du délire, dirigé d'une manière adroite, évitant avec soin de manifester quelques doutes à l'énoncé des idées du malade (politesse, déférences envers une personne que l'on sait avoir droit à la considération et au respect de ses semblables). On n'oubliera pas surtout que tomber juste d'emblée ramène le malade à des confidences plus faciles.

5° Le développement des considérations précédentes trouve sa raison d'être autant dans la difficulté du diagnostic que dans les applications médico-légales que comporte la question. En effet le délire de bien des aliénés peut passer inaperçu et nul ne se douterait que chez ces malades, en apparence, sains d'esprit, se cachent les conceptions délirantes les plus systématisées par les idées de grandeur.

En résolvant l'importante question du diagnostic, l'aliéniste se

mettra à l'abri des méprises regrettables qui entraîneraient comme conséquence de la mise en liberté du malade, des crimes contre les personnes, ou, dans un autre ordre d'idées, sa condamnation à la suite d'un examen médico-légal trop superficiel. X. F.

De la simulation de la folie chez les aliénés, par LÉON CHARUEL
(Paris, 1893).

Après l'exposé et la critique de la bibliographie relative à la simulation de la folie chez les aliénés ainsi que d'un certain nombre d'observations, l'auteur formule les conclusions suivantes :

1° Les aliénés peuvent simuler une folie autre que celle dont ils sont réellement atteints; néanmoins, cette simulation n'est possible que dans les cas d'aliénation où les facultés intellectuelles ne subissent pas de perturbations trop considérables.

2° Les formes d'aliénation le plus souvent simulées sont par ordre de fréquence : l'imbécillité, la démence, la manie; les autres formes, le sont beaucoup plus rarement.

3° Le plus souvent, l'aliéné simule la folie dans un but intéressé, en général, celui d'échapper à une condamnation.

4° En présence de cas semblables, le médecin-expert ne devra donc plus, en face d'un simulateur, se contenter de faire le diagnostic de la simulation; il devra se rappeler que la simulation n'exclut pas l'aliénation et rechercher si le simulateur n'est pas un aliéné. La tâche est parfois difficile, mais avec de la patience, du soin, une observation prolongée et soutenue, le médecin-expert arrivera à faire un diagnostic exact et complet; cela est d'autant plus important que dans ces cas-là, il y a une question grave de conséquences, la question de la responsabilité. X. F.

Le pied préhensile au point de vue de la médecine légale et de la psychiatrie, par OTTOLENGHI et CARRARA (*Arch. d'Anthrop. crim.*, 1893).

Le pied préhensile se caractérise par la largeur du premier espace interdigital plantaire. Il a été étudié par Regnault, chez des Indiens, et considéré par cet auteur non seulement comme la conséquence de la fonction préhensile, mais encore comme un résultat de l'hérédité.

D'autre part, depuis longtemps, plusieurs savants considèrent ce caractère comme purement professionnel; Chevers avait déjà remarqué que les montagnards de l'Hindoustan qui se servent du pied comme organe de préhension, ont généralement le gros orteil très

détaché. En 1858, Reveil et Vernois ont fait remarquer l'éloignement du premier et du second orteil chez les résiniers et l'ont considéré comme un caractère professionnel. O. et C. se sont proposé d'étudier le pied préhensile chez les criminels. Ils ont examiné 100 sujets normaux, 200 criminels, 31 épileptiques, 62 femmes normales, 50 filles prostituées et 64 femmes criminelles.

Voici les conclusions de leur étude :

1° Le large espace entre le premier et le deuxième orteil (de 8 millim. et au-dessus) donné par Vernois et Reveil comme un caractère professionnel chez les résiniers, n'est pas propre à ces ouvriers, ni à ceux qui travaillent avec les pieds.

2° Ce n'est pas un caractère commun à ceux qui marchent nus pieds. Par la profession et par l'habitude d'aller nu-pieds, il peut à la longue être exagéré, mais il ne peut certainement pas être produit.

3° Cet espace n'est pas, comme croyait Regnault, un caractère inconnu aux Européens et exclusif aux races qui, de la plus haute antiquité, ont hérité de la fonction de la préhensibilité.

4° C'est un caractère atavique, très utile même pour l'identité, que l'on peut rencontrer encore parmi les races supérieures, bien plus fréquent toutefois chez la femme que chez l'homme, avec la plus grande fréquence et étendue chez les dégénérés et spécialement chez les idiots criminels, épileptiques et prostituées.

Les auteurs retrouvent donc le large espace entre le premier et le deuxième orteil comme un caractère de dégénérescence de notable importance pour la psychiatrie judiciaire et la médecine légale.

X. F.

Diagnostic et traitement de l'hémorragie cérébrale, par
ESKRIDGE (*Medical News*, 1893).

E. s'étend sur la symptomatologie de l'hémorragie cérébrale ; il établit le diagnostic avec les affections suivantes :

Syncope : Pâleur de la face et des lèvres ; faiblesse de l'action cardiaque et du pouls ; respiration superficielle, irrégulière ; pas d'abolition des réflexes ni de la tonicité des sphincters ; pupilles larges et égales ; pas de symptômes hémiplegiques.

Empoisonnement par le chloral : Inconscience et résolution complète ; respiration lente et très superficielle ; pouls faible et lent ; abaissement de la température ; absence de symptômes locaux.

Empoisonnement par l'opium : Pupilles contractées ; respiration lente ; pas de symptômes hémiplegiques ; absence totale de mouvements convulsifs.

Ivresse alcoolique : Odeur caractéristique ; pas de symptômes locaux, tendances belliqueuses.

Coma urémique : Urine albumineuse, œdèmes, coma, odeur urinaire de l'haleine, phénomènes convulsifs s'étendant à tous les muscles du corps.

Coma épileptique : Examen des antécédents; survenance à la suite d'un accès convulsif; courte durée du coma; extension des phénomènes convulsifs à tous les muscles du corps.

Coma hystérique : Diagnostic généralement très difficile. Tenir compte des antécédents, de la très grande rareté des paralysies faciales et de l'existence de stigmates hystériques.

Abcès apoplectiformes de la congestion cérébrale : Symptômes généraux; pas d'hémiplégie.

Abcès apoplectiformes de la paralysie générale : Examen des antécédents; convulsions locales tonico-cloniques; tremblement des muscles de la face; respiration rapide; pouls tranquille; transpiration profuse; courte durée des phénomènes apoplectiques.

Apoplexie simple : Fréquente chez les personnes âgées; ressemble absolument à l'hémorragie cérébrale, mais à l'autopsie on ne trouve jamais de lésions.

Embolie : Existence d'une lésion cardiaque ou syphilitique; fréquente dans l'état puerpéral.

Thrombose : Dégénérescence artérielle; pouls mou et dépressible; faiblesse et irrégularité du cœur avec dilatation cardiaque; symptômes inflammatoires secondaires fréquents.

Le traitement de l'hémorragie cérébrale doit tendre à favoriser l'évacuation veineuse du sang dans le cerveau. On y arrive par le repos absolu avec la tête et les épaules élevées. Calmer le cœur par l'aconitine et, lorsque le malade s'agite, administrer la morphine ou le bromure de sodium; drastiques ou lavements purgatifs; sinapismes à la nuque et aux mollets.

E. déconseille l'administration de l'ergotine ainsi que l'application de glace sur la tête; l'administration de la morphine(?). La morphine calme l'agitation, mais elle anémie l'écorce cérébrale, elle produit une hyperémie des ganglions de la base (siège habituel de la lésion hémorragique).

Plus tard on aura recours à l'électricité et à la strychnine; mais jamais ce dernier médicament quand il y a des contractures.

— J. M.

Nouvelle communication sur le traitement de la neurasthénie, de la mélancolie, de l'épilepsie essentielle au moyen d'injections de substance nerveuse normale, par V. BABES (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1893).

L'auteur fait connaître les nouveaux essais qu'il a pratiqués avec des injections d'une émulsion de la substance grise cérébrale du

mouton. Ces injections ont été faites environ trois fois par semaine et assez longtemps continuées. Les cinq cas de neurasthénie soumis à ce traitement ont éprouvé une notable amélioration, et même une guérison au moins provisoire. Des neuf mélancoliques, cinq présentèrent une amélioration marquée de leur état psychique et de leur état somatique; chez deux autres, l'amendement n'eut qu'une courte durée; chez les deux derniers, les symptômes physiques disparurent, tandis que les troubles psychiques persistèrent sans modification. Sur onze épileptiques, un seul éprouve un effet notable, en ce sens que les accès se suspendirent assez longtemps : chez les autres, il y eut simplement une prolongation de l'intervalle des accès.

X. F.

Un traitement de l'aphonie hystérique, par O. SEIFERT.

L'aphonie dans la paralysie hystérique des cordes vocales est un trouble nerveux très rebelle à nos moyens thérapeutiques.

C'est par suggestion, mais par une suggestion pour ainsi dire systématique et rationnelle qu'agit le traitement. Celui-ci serait plus efficace que tous les autres et consiste dans une combinaison du massage externe du larynx avec des compressions répétées de cet organe et une gymnastique méthodique de la voix.

S. commence par masser la région du larynx et toute la partie antérieure du cou. Il pratique des effleurages dirigés de haut en bas, afin de faciliter le reflux du sang veineux et de la lymphe. A chaque effleurage, la malade doit faire une inspiration profonde. Ces inspirations auraient une importance capitale. S. est convaincu qu'il s'agit ici dans la plupart des cas d'un trouble de coordination portant non seulement sur les muscles qui interviennent dans l'acte de la respiration. Ces malades ont habituellement une respiration superficielle et irrégulière : aussi doivent-elles s'exercer à faire des inspirations profondes et méthodiques.

Après avoir fait pendant un temps suffisant le massage du larynx accompagné d'inspirations profondes, S. pratique dans la même séance une autre manœuvre, qui consiste à comprimer délicatement, quoique avec une certaine force, entre le pouce et l'index, la région des muscles adducteurs des cordes vocales, c'est-à-dire la partie postéro-supérieure du cartilage thyroïde. A chaque compression la malade est invitée à émettre un son, après avoir fait une inspiration profonde. Ces compressions sont alternées avec des succussions ou vibrations imprimées au larynx et accompagnées également d'essais de phonation. Il réussirait ainsi fréquemment à provoquer l'émission d'un son d'une certaine intensité dès la première séance.

Ce résultat étant atteint et la compression ou les succussions les plus légères du larynx suffisant pour permettre aux malades de prononcer les différentes voyelles sur un ton assez sonore, on passe aux exercices de gymnastique vocale. La malade doit compter jusqu'à vingt, à haute voix, lentement, tandis que le médecin, les doigts placés sur le cartilage thyroïde, se tient prêt à exercer des compressions et des succussions dès qu'un nombre est mal prononcé. On fait répéter ce nombre plusieurs fois de suite jusqu'à ce que la malade arrive à le dire distinctement. Il faut aussi que, dans ces exercices, chaque phonation soit précédée d'une inspiration profonde.

Par ces manœuvres, S. réussit d'habitude à faire parler ses malades à haute voix dès la première séance. Après un certain nombre de séances, il obtient une guérison complète et définitive de l'aphonie.

J. M.

Traitement de la névralgie spasmodique ou tic douloureux de la face, par JARRE (Ac. de Méd. de Paris, 1893).

Un certain nombre d'observations tendent à prouver que le tic douloureux de la face est presque toujours l'expression d'une lésion nerveuse périphérique de nature cicatricielle. Ces lésions cicatricielles se produisent dans des conditions spéciales liées à des phénomènes d'infection et de suppuration des tissus alvéolaires avant leur cicatrisation : ces accidents infectieux se développent plus spécialement sous l'influence de deux causes principales. La première, et de beaucoup la plus fréquente, est l'arthrite alvéolaire ou périostite alvéolo-dentaire secondaire ou primitive; la seconde, relativement plus rare, est la gingivo-périostite déterminée par l'éruption de la dent de sagesse inférieure. Aussi J. estime que le meilleur traitement consiste à pratiquer l'ablation du bord alvéolaire et par suite des lésions nerveuses qui existent à ce niveau.

Cette ablation comprend trois temps : 1° excision de la muqueuse et du périoste recouvrant la partie du bord alvéolaire à réséquer; 2° résection du bord alvéolaire dénudé; 3° rugination de la plaie osseuse. L'opération terminée, la plaie est lavée et pansée au moyen d'une boulette d'ouate imbibée d'un liquide antiseptique.

Les suites de l'opération sont des plus simples. Un résultat immédiat, c'est la diminution du nombre des crises. Au bout de cinq jours, la diminution progressive aboutit à leur suppression complète.

Dix malades chez lesquels toutes les médications internes et externes avaient échoué ont été guéris par cette méthode.

J. M.

La méningite séreuse, sémiologie et traitement, par H. QUINCKE.

Q. admet l'existence d'une hydrocéphalie primitive ou *méningite séreuse*. Il en a observé quatorze cas (adultes et enfants).

L'autopsie pratiquée dans les cas qui se sont terminés par la mort et l'examen du liquide céphalo-rachidien obtenu par la ponction chez quelques malades, ainsi que l'analyse des symptômes cliniques, montrent que la méningite séreuse est une maladie *sui generis* qui n'est pas d'origine microbienne et qui n'a rien de commun avec la méningite tuberculeuse et la méningite cérébro-spinale purulente épidémique.

La méningite séreuse reconnaît pour causes les traumatismes de la tête, le surmenage intellectuel, l'alcoolisme aigu et chronique et certaines maladies infectieuses aiguës, telles que la fièvre typhoïde et la pneumonie. La grossesse y prédispose. C'est une maladie du jeune âge, qui se rencontre chez les petits enfants et les adultes jusqu'à l'âge de trente ans.

Elle peut revêtir la forme aiguë, plus fréquente chez les enfants, et la forme chronique, surtout chez les adultes. La forme chronique peut débiter aussi par des symptômes aigus et présenter des exacerbations offrant également un caractère d'acuité plus ou moins prononcé.

Symptômes de la méningite séreuse : La fièvre peut manquer. Lorsqu'elle existe, elle dépasse rarement 39°; ses allures sont irrégulières et elle ne présente aucun parallélisme avec les autres symptômes morbides. Il existe d'ordinaire de la céphalalgie et de la roideur des muscles de la nuque, mais à l'état moins intense que dans la méningite tuberculeuse. La céphalalgie est tantôt diffuse, tantôt frontale ou occipitale; elle peut être continue ou intermittente. L'obnubilation de la conscience apparaît généralement quelques jours après le début de l'affection; cependant, elle survient plus lentement que dans la méningite purulente. Elle peut être accompagnée de délire et de somnolence, mais ne devient persistante et profonde que dans les cas qui se terminent par la mort.

Comme dans la méningite purulente, il y a souvent des hyperesthésies, parfois sous forme de douleurs articulaires siégeant surtout à l'épaule. Les hémiparésies de la face, les parésies des muscles oculaires et les vomissements sont fréquents. Les convulsions, le ralentissement et les irrégularités du pouls s'observent moins souvent. Les pupilles réagissent avec lenteur; elles sont parfois inégales, mais présentent rarement une mydriase ou un myosis considérables.

Un symptôme très fréquent, quoique inconstant, est la névrite optique par congestion passive. Elle ne survient d'habitude que

quelques jours après le début de l'affection cérébrale; c'est le symptôme qui disparaît le dernier. Elle peut aussi persister et aboutir à l'atrophie optique et à une amblyopie plus ou moins prononcée. Il existe des cas où la névrite optique constitue le symptôme prédominant et même unique.

Tous les symptômes étant dus plutôt à une compression du cerveau par épanchement séreux qu'à des lésions de la substance cérébrale, sont tous, à l'exception de la névrite optique, d'une intensité variable. Ces variations peuvent survenir du jour au lendemain.

La méningite séreuse aiguë a une durée qui varie d'un à plusieurs mois. Elle peut se terminer par la guérison aussi bien que par la mort. Celle-ci est la conséquence de la compression excessive du cerveau par l'épanchement hydrocéphalique.

La forme chronique peut être grave ou légère. Dans les cas graves, les symptômes sont moins accusés que dans la forme aiguë et ressemblent beaucoup à ceux des tumeurs du cerveau. On voit prédominer les troubles généraux de la motilité et des fonctions psychiques sans signes précis de localisation. La durée de l'affection peut être très longue et comprendre plusieurs années. Les cas chroniques graves peuvent également aboutir à la guérison ou à la mort. Dans les cas légers, les symptômes (céphalalgie, vertige, irritabilité nerveuse) sont si insignifiants et changeants, que la maladie a pu être confondue avec des troubles neurasthéniques.

Son *diagnostic* avec la méningite tuberculeuse et purulente, ou avec les tumeurs du cerveau, est parfois très difficile. Il sera basé sur l'étude minutieuse des antécédents du malade, sur l'absence des signes de la tuberculose des autres organes et surtout sur le caractère éminemment variable des symptômes qui, dans la méningite séreuse, sont l'effet d'une simple augmentation de la pression intracrânienne, tandis que, dans la méningite purulente, ils sont dus à des lésions de la substance cérébrale.

Le *traitement* varie. Dans la forme aiguë : antiphlogistiques usuels (glace sur la tête, sangsues aux apophyses mastoïdes ou à la nuque, purgatifs drastiques).

Q. emploie le mercure de préférence en frictions ou en injections hypodermiques. Souvent il se sert de ces deux modes d'administration à la fois, afin d'obtenir une mercurialisation rapide et énergique, condition essentielle du succès du traitement. Cette médication est continuée pendant quatre à six semaines. Ses effets favorables se font sentir au bout de huit à quinze jours.

Dans la forme chronique : révulsion énergique sur la peau du cuir chevelu ou de la nuque (vésicatoires, badigeonnages avec la teinture d'iode et surtout applications de la pommade d'Autenrieth).

Enfin, dans les cas où les symptômes de la compression du cerveau atteignent une intensité excessive, Q. a souvent recours, et avec succès, à la ponction des méninges cérébro-spinales, pratiquée à la région lombaire au moyen d'un fin trocart que l'on introduit entre les vertèbres à un centimètre des apophyses épineuses et un peu obliquement, de façon à atteindre la dure-mère rachidienne sur la ligne médiane. La quantité de liquide céphalo-rachidien ainsi extrait a varié de 5 à 80 grammes. J. M.

Le traitement de l'atrophie tabétique du nerf optique par l'électricité, par CAPRIATI (Riforma medica, 1893).

C. a étudié la valeur du traitement préconisé par Weiss contre l'atrophie tabétique du nerf optique.

Sur huit malades il a obtenu les résultats suivants :

Six fois le résultat a été nul, après un traitement variant de vingt à quarante jours. Dans les deux autres cas il a obtenu une amélioration réelle de la vision.

I. Homme de 48 ans, syphilitique. OD. Vision presque complètement abolie. V. OG = $\frac{1}{34}$. Perte du sens chromatique, rétrécissement visuel. Après un mois de traitement, V. OG = $\frac{1}{11}$ et la perception des couleurs est revenue. A droite, pas de modifications.

II. Homme de 46 ans, non syphilitique. VOD = $\frac{1}{5}$. VOG = $\frac{1}{5}$. Rétrécissement du champ visuel pour le rouge et le vert. Après vingt-cinq jours de traitement, la vision est redevenue complète à gauche.

C. pense que l'électricité ne donne, au point de vue oculaire, aucun résultat lorsque la maladie débute par des symptômes graves et suit un cours rapidement progressif; elle peut rendre de réels services dans les cas à marche lente et lorsque la vision n'est pas encore trop fortement altérée.

L'examen de la papille a montré que le processus morbide n'est influencé en rien. L'électricité agit probablement en excitant la nutrition et le fonctionnement des fibres demeurées intactes.

Cécité progressive traitée avec succès par la trépanation, par HAHN (Journ. de méd. de Bruxelles).

L'hydrocéphalie aiguë chez l'adulte est une affection rare, se présentant surtout chez les alcooliques; à l'état chronique, elle existe dans la méningite cérébro-spinale.

L'observation rapportée par l'auteur montre l'évolution et le

traitement de cette affection chez un boucher âgé de 30 ans, alcoolique au dernier degré. Les symptômes étaient les suivants : déviation de la langue à gauche, diminution de l'odorat, bourdonnement dans l'oreille gauche, douleurs sourdes dans le cerveau, paresse intellectuelle. La vue est perdue depuis un an à gauche et commence à diminuer à droite. A droite, papille étranglée. Le diagnostic posé fut celui de tumeur du cerveau ou cysticerque du lobe frontal gauche; il n'y avait, en effet, pas de troubles moteurs, et des douleurs avaient débuté du côté gauche. On décida de faire la trépanation de la région frontale. On enleva une rondelle de 4 centimètres de la portion latérale de l'os frontal; la dure-mère mise à nu, on ne put sentir aucune tumeur; la membrane fut incisée et aussitôt une portion assez considérable de cerveau vint faire hernie; il fut impossible de la faire rentrer et il fallut l'exciser; mais il se forma une nouvelle hernie. Alors l'opérateur, supposant qu'il devait y avoir une grande quantité de liquide dans le ventricule, y enfonça un long trocart et retira environ 100 grammes d'un liquide clair; aussitôt la hernie cérébrale disparut. On fit la suture de la dure-mère et l'on appliqua le pansement. Les suites furent très heureuses; les douleurs disparurent, la vision s'améliora; la guérison fut complète; le malade a repris ses occupations depuis un an.

La trépanation pour l'hydrocéphalie a, jusqu'ici, toujours été employée chez l'enfant; le cas décrit par Hahn montre que lorsque la tension intracrânienne est très élevée, on peut avec succès faire la ponction des ventricules.

L'exalgine dans les maladies nerveuses et mentales, par le
D^r VENTRA (*Il Manicomio et Arch. de Neur.*, 1892).

Dans les névralgies, l'exalgine est un remède analgésique d'un effet certain. Elle est moins active contre les céphalées diffuses dans lesquelles on peut obtenir des résultats plus satisfaisants par l'usage de l'antipyrine. Le processus fébrile ne constitue pas une contre-indication à l'emploi de l'exalgine. Dans la folie épileptique, elle est toujours restée sans effet : l'état des malades soumis à ce traitement ou bien est resté stationnaire, ou bien s'est aggravé soit par la fréquence et l'intensité plus grandes des accès convulsifs, soit par l'agitation post-épileptique et l'excitabilité du caractère. Le bromure de potassium uni à l'exalgine a, dans quelques cas, déterminé une légère amélioration qu'on eût pu obtenir avec la même dose du seul bromure. Dans la manie, l'exalgine n'agit ni comme calmant, ni comme hypnotique. Il en est de même dans la mélancolie. Il résulte

de ces recherches que si l'exalgine a bien une action analgésique, elle n'a point, comme l'a dit Dujardin-Beaumetz, d'action anticonvulsivante ni calmante.

J. S.

Du Benzanalgène, par KRÜLLE (Inaug. Dissert., 1892).

Le benzanalgène, fut administré à 24 malades du service du professeur Jolly. Les résultats furent favorables : des 24 malades, 7 souffraient de mal de tête de degré variable, ainsi que de migraine, 2 avaient des douleurs tabétiques lancinantes qui furent apaisées par de fortes doses journalières, jusque 3 gram.; 2 autres sujets souffraient de douleur d'origine différente.

Chez 8 malades, les résultats furent absolument négatifs. On obtint par le médicament une atténuation évidente du mal de tête; reste à savoir si son usage prolongé n'en diminuera pas l'action.

Il ne produit aucun inconvénient; il ne possède pas un goût désagréable.

X. F.

L'analgène, un nouveau nervin, par KNUST (Inaug. Diss., 1893).

L'analgène s'est surtout montré efficace contre la céphalalgie en général, contre la migraine, contre la céphalée de la névrose traumatique. En cas de tumeur cérébrale, il a paru produire une amélioration passagère. Les névralgies restèrent en partie sans subir aucun effet. La céphalalgie des tabétiques disparaissait à la suite de l'usage du médicament; dans un cas, celui-ci se montra efficace contre les douleurs lancinantes et les troubles vésicaux. L'action fut plus favorable dans la céphalalgie de la syphilis cérébro-spinale, dans les douleurs des jambes en cas de myélite, dans les troubles urinaires de la névrite : au début, il parut agir heureusement dans la paralysie bulbaire, mais son influence ne s'est pas maintenue.

X. F.

Action sédative de la duboisine à doses continues chez les aliénés, par MARANDON DE MONTYEL (Arch. de Neur., 1893).

1. La duboisine s'est révélée un merveilleux sédatif, capable d'apaiser toujours et dans tous les cas l'agitation maniaque et lypémanique, soit vésanique soit paralytique, et très souvent de substituer une tranquillité absolue à la surexcitation ou à l'anxiété la plus violente; son action toujours effective s'est donc présentée à deux degrés : l'une, incomplète, consistant en une simple atténuation de l'exaltation, l'autre, complète, caractérisée par la disparition totale de celle-ci pour un temps plus ou moins long.

2. La sédation amenée par la duboisine n'atteint pas toujours d'emblée toute son intensité; souvent elle n'est arrivée à son apogée que le second jour, parfois même le troisième jour.

3. Une fois produite, la sédation s'est maintenue assez régulièrement, tant que l'accoutumance ne s'est pas manifestée; par exception les bonnes et les mauvaises journées ont alterné.

4. La sédation, même complète, obtenue par la duboisine a, le plus souvent, persisté un ou plusieurs jours après l'abandon du remède et parfois même il est arrivé qu'une assez longue période de calme ait suivi la suppression de la médication.

5. Dans les formes intermittentes et rémittentes, la duboisine s'est révélée capable de réduire la durée des crises et de les espacer.

6. Son action sédative, à tous les degrés, a été, en général, surtout dans les premiers jours de la médication, en raison inverse du temps écoulé depuis l'administration du remède, d'où l'avantage de fractionner en deux fois la dose quotidienne à administrer.

7. La duboisine a eu une action complète beaucoup plus fréquente dans la manie chronique que dans la manie aiguë et au contraire dans la lypémanie aiguë que dans la lypémanie chronique; et, d'une manière générale, dans la manie que dans la lypémanie.

8. Dans la paralysie générale la duboisine a eu une action complète moins fréquente que dans la manie chronique et la lypémanie aiguë, mais plus fréquente que dans la manie aiguë et la lypémanie chronique; et ainsi que dans la manie et lypémanie en général, de telle sorte qu'au total les paralyés généraux se sont montrés plus sensibles à l'influence sédative du médicament que les vésaniques.

9. L'organisme des aliénés s'est montré souvent très prompt à l'accoutumance à la duboisine et cette accoutumance qui, d'habitude, s'établissait brusquement une fois produite, résistait, d'ordinaire, à aux élévations de doses; cela fut surtout vrai pour la sédation complète.

10. L'accoutumance à la duboisine a été plus fréquente et plus rapide dans la paralysie générale que dans les vésanies en général, la manie aiguë et chronique et la lypémanie chronique; elle a été sensiblement la même dans la paralysie générale que dans la lypémanie aiguë, elle a été plus fréquente dans la lypémanie que dans la manie; enfin elle ne s'est pas montrée dans les vésanies chroniques.

11. L'action incomplète de la duboisine a été moins fréquente dans la paralysie générale que dans les vésanies en général mais plus fréquentes que dans la manie chronique et la lypémanie aiguë; elle a été moins fréquente dans la manie que dans la lypémanie, dans la manie chronique que dans la manie aiguë, dans la lypémanie aiguë que dans la lypémanie chronique.

12. D'une manière générale il est vrai de dire que la duboisine a été plus active dans la paralysie générale que dans les vésanies, dans la manie que dans la lypémanie, dans la manie chronique que dans la manie aiguë, et au contraire dans la lypémanie aiguë que dans la lypémanie chronique.

13. Vu l'influence exercée par la duboisine sur les estomacs, il convient de l'administrer, pour en obtenir les effets sédatifs, dans la journée avec un minimum d'inconvénients aux heures les plus éloignées des deux principaux repas.

14. La duboisine, par malheur, a agi très-désavantageusement sur la nutrition, particulièrement à la longue, et il est à craindre que cette action dénutritive, malgré les merveilleuses propriétés sédatives du médicament, ne s'oppose à son emploi, surtout longtemps continué, ainsi que l'exigerait la thérapeutique des maladies mentales dont l'évolution est toujours fort longue.

Du chloralose chez les épileptiques, les hystériques et les choréiques, par CH. FÉRÉ (Soc. de biologie, 1893).

La tolérance pour ce médicament semble plus considérable qu'on ne l'avait cru tout d'abord. Hanriot et Richet considèrent la dose de 1 gr. 50 comme une dose trop forte qu'on ne doit guère atteindre; la dose moyenne étant de 0 gr. 40 environ; et ils font des réserves particulières chez les hystériques. Après avoir constaté que ces doses moyennes ne donnaient lieu à aucun trouble, F. a pu augmenter jusqu'à 1 gr., 1 gr. 50 et même 2 gr. 25 sans aucun accident. Depuis, il a débuté plusieurs fois par la dose de 1 gr. Cette dose initiale est restée sans aucun résultat chez un épileptique atteint d'excitation maniaque; chez un hystérique, elle a produit un sommeil de douze heures, laissant au réveil, un peu de torpeur intellectuelle sans douleur de tête, sans trouble gastrique. Quelle que soit la dose employée, l'appétit est resté intact, même quand le médicament a été continué sans interruption pendant plusieurs semaines. Plusieurs malades se sont plaints de cauchemars. Chez un hystérique qui est arrivé progressivement à prendre 2 gr. 25, il s'est produit un sommeil très profond s'accompagnant pendant plusieurs heures d'un ronflement bruyant et d'incontinence d'urine, symptôme indiquant spécialement une suspension de l'activité cérébrale. Après sept à onze heures de sommeil, ce malade s'est réveillé sans aucune douleur de tête, sans aucun trouble gastrique.

L'influence du sommeil prolongé a été noté par nombre d'auteurs, et cet effet du chloralose a été démontré pour l'hydrate de chloral depuis longtemps par Gairdner, Bouchut, Verdalle, Bridge, Bastian.

Il montre surtout que la femme même hystérique peut supporter des doses relativement élevées de chloralose qui présentent des avantages évidents sur le chloral.

Le sommeil prolongé est, avec la suralimentation, l'agent curatif le plus indiscutable d'un grand nombre de troubles dits fonctionnels du système nerveux et en particulier de l'hystérie, de la neurasthénie, de la chorée. Un médicament qui a l'avantage de procurer le sommeil sans provoquer de troubles gastriques et de permettre de continuer les autres soins hygiéniques mérite une considération particulière. Il est permis de supposer que dans plusieurs des cas où son effet a manqué, la dose a été insuffisante. Des doses de 1 à 2 gr. paraissent pouvoir être tolérées d'une manière continue chez l'adulte.

J. M.

Sur l'emploi de l'hypnotisme chez les aliénés, par GEORGE M. ROBERTSON (*Journ. of Ment. Science*, 1893).

Après quelques expériences sur l'emploi de l'hypnotisme chez les aliénés, R. a pensé que les pratiques hypnotiques pouvaient être utilisées à un point de vue thérapeutique et à un point de vue qu'on pourrait appeler disciplinaire.

Au point de vue thérapeutique l'hypnotisme est utile : 1° dans l'insomnie ; il réussit parfois alors que les divers traitements pharmaceutiques ont échoué ; le sommeil hypnotique, doit être préféré au sommeil provoqué par les narcotiques, parce qu'il se rapproche davantage du sommeil physiologique et ne s'accompagne pas de dépression ; 2° dans les périodes d'excitation, comme agent sédatif ; il peut ici empêcher l'excitation passagère de dégénérer en manie dans un cerveau en état d'instabilité manifeste ; 3° dans les états vagues d'hallucinations et dans les psychoses encore peu accusées, où la suggestion verbale pendant l'état hypnotique peut corriger un trouble mental encore léger.

Au point de vue disciplinaire l'hypnotisme peut aider à vaincre la résistance opposée par les malades aux traitements les plus indispensables ; on peut ainsi décider les malades réfractaires à prendre les médicaments utiles, ou même à accepter des aliments dont le refus avait nécessité l'emploi de la sonde. Dans certains cas, l'hypnotisme peut, chez des malades agités ou violents, remplacer la camisole, la ceinture, ou les agents pharmaceutiques, ou du moins atténuer l'emploi de ces moyens de contention.

Il ne faudrait pas toutefois se faire d'illusions sur le rôle possible de l'hypnotisme chez les aliénés ; s'il peut être utile dans quelques cas, il est à peu près certain qu'il est impuissant dans les troubles

mentaux. A l'heure actuelle, il ne peut être considéré comme un agent curatif. Aussi dans les asiles, ne doit-il être employé qu'avec certaines précautions dans un milieu où la croyance pathologique aux forces occultes et aux puissances mystérieuses n'est déjà que trop commune.

J. M.

Verslag van het Geneeskundig Gesticht voor Krankzinnigen te Coudewater, par les D^{rs} POMPÉ et DOBBERKE.

Le rapport quinquennal sur la situation de l'asile de Coudewater est fait sur le modèle de celui qui embrassait la période 1880-1885. La partie historique, donnée au complet dans celui-ci, a naturellement été supprimée, mais la partie scientifique est restée méthodique et complète. L'histoire des cas les plus saillants est donnée sous la rubrique de chaque affection mentale; quelques cas d'expertise médicale sont mis sous les yeux du lecteur.

D^r J. AL. P.

Verslag betreffende het Gesticht Meerenberg over het jaar 1892, par le médecin-directeur VAN DEVENTER.

A peine entré en fonction, le nouveau médecin-directeur a mis en pratique ses vues sur le personnel de surveillance. Tous les infirmiers et infirmières doivent recevoir une instruction spéciale. Les médecins donnent des conférences sur les soins que doivent recevoir les malades en général et les aliénés en particulier; dans certains cas les infirmières font le service dans le quartier des hommes.

Le docteur van Deventer dit que les effets salutaires de la réorganisation du service de surveillance se sont fait sentir au bout d'une année.

La partie scientifique du rapport donne l'histoire des maladies et les résultats des autopsies. Celles-ci se font d'une manière complète par un médecin spécialement chargée de ce service.

La mortalité s'est élevée à 9,3 pour les hommes, à 8 pour les femmes, soit à 8,6 pour l'ensemble de la population.

Pour les guérisons il y en a 19 % chez les hommes, 38,8 chez les femmes. Moyenne : 26,6.

Il y a eu 7,9 % d'améliorations du côté des hommes, 10,2 du côté des femmes; pour l'ensemble 9,1.

Il existe à Meerenberg une école qui est dirigée par un instituteur en chef diplômé. 19 hommes et 17 femmes ont assisté aux leçons.

D^r J. AL. P.

Verslag over het Geneeskundig Gesticht voor Krankzinnigen te Utrecht over het jaar 1892, par le médecin-directeur TH. MOLL.

295 H. et 237 F., total 512 malades, ont été traités pendant l'année. Il y eut 15 guérisons du côté des hommes et 14 du côté des femmes. Pour les décès les chiffres relatifs sont 17 et 26. La mortalité assez élevée du côté des femmes est due à l'influenza qui s'attaqua surtout aux aliénées des classes supérieures.

Une partie très intéressante du rapport est constituée par l'histoire des malades et par l'autopsie pratiquée en certains cas. Il relève surtout un cas de paralysie cérébrale ascendante. La dure-mère adhérait au cerveau dans certains endroits le long de la suture sagittale. Le crâne contenait de la sérosité. L'arachnoïde était trouble, cà et là tachetée de sang et de pus. Les circonvolutions étaient atrophiées. Il y avait des granulations sur l'épendyme dans la région des couches optiques qui se trouvaient aussi atrophiées. Les cordons postérieurs de la moëlle étaient atteints de dégénérescence grise.

Le médecin-adjoint de l'asile donne régulièrement des conférences sur la manière de soigner les aliénés.

D^r J. AL. P.

Verslag van het Staatstoezicht op krankzinnigen en krankzinnigengestichten in de jaren 1885, 1886 en 1887, par les D^{rs} RUYSCH et VAN ANDEL, inspecteurs néerlandais.

Les auteurs ont surtout eu en vue dans ce rapport triennal d'étudier les effets de la loi du 27 avril 1884 sur l'assistance des aliénés et sur le fonctionnement des asiles. Ils donnent eux-mêmes, en quelques lignes, un excellent résumé de leur travail.

Les aliénés placés en dehors des asiles sont l'objet d'une surveillance plus sévère; le sort de ceux qui n'étaient pas bien soignés a été amélioré; quelques-uns de ces malheureux ont été envoyés dans les établissements d'aliénés.

Plusieurs asiles provisoires ont été supprimés; d'autres mieux organisés.

Certains asiles ont étendu et complété leurs installations en tenant compte des règles de l'hygiène.

De nouveaux asiles ont été créés. Le gouvernement a ouvert son asile de Medemblik.

On est parvenu de cette manière à diminuer dans une certaine mesure l'encombrement des asiles, mais plusieurs administrations

provinciales ne tiennent pas compte de l'article 11 de la loi et ne se décident toujours pas à créer des établissements provinciaux. C'est pourtant ce qu'il faudrait, si l'on veut remédier complètement au mal existant.

Le rapport étudie ensuite rapidement tout ce qui concerne le fonctionnement des asiles : le personnel, l'organisation intérieure, le mobilier, l'habillement, l'alimentation, le service médical, l'état sanitaire.

L'étiologie de la folie, avec l'histoire de quelques cas saillants, fournit un chapitre intéressant. Un mot est consacré au traitement moral, à la coercition ; des statistiques détaillées complètent l'ensemble.

Un dernier chapitre contient la réponse à certaines questions intéressantes.

Les aliénistes néerlandais reconnaissent-ils qu'il existe un lien entre la folie paralytique et la syphilis ?

Il existe en Hollande peu de paralytiques ayant souffert de la syphilis. Le Dr Ramaer niait formellement l'existence d'un rapport de cause à effet.

La folie paralytique est-elle devenue plus fréquente ?

Il y a une légère augmentation, mais on peut l'attribuer à ce que la maladie est mieux reconnue.

L'augmentation du nombre des aliénés en général a-t-elle quelque rapport avec la syphilis ?

Non. La syphilis est rare dans les asiles néerlandais.

Les médecins des asiles néerlandais tiennent-ils compte des cas de syphilis qu'ils rencontrent ?

Oui, et nous le répétons, la syphilis y est réellement exceptionnelle.

Dr J. AL. P.

Tenth Annual Report of the Committee on Lunacy to the Board of public Charities of the Commonwealth of Pennsylvania.

Le rapport divise les asiles d'aliénés en hôpitaux appartenant à l'État et en hôpitaux privés.

Les hôpitaux de l'État renfermaient au 15 novembre 1892, 5409 aliénés ; les hôpitaux privés en contenaient 648 ; les Almhouses 1743 et les prisons 12.

Les criminels aliénés sont logés en majeure partie dans les hôpitaux de l'État. Leur nombre s'élève actuellement à 246 (211 H. et 35 F.) dans ces derniers hôpitaux, et à 50 dans les Almhouses.

Il y a eu 1368 admissions, et 1283 sorties dans les établissements

de l'État, 166 admissions, 68 guérisons, 46 sorties avec amélioration, 17 sorties sans modification et 31 décès dans les hôpitaux privés.

Ce que le rapport annuel présente de plus intéressant c'est que les distractions accordées aux aliénés sont beaucoup plus nombreuses et plus variées, que les bibliothèques y sont richement fournies; nous n'en avons compté que deux qui ne renfermaient que 600 à 700 volumes; la plupart des autres asiles en renferment jusqu'à 1600 et 1700 et celui de Dr Chapin contient même 3000 volumes. Quelle différence avec l'état des choses actuelles en Belgique!

Le travail se termine par un très bon mémoire du Dr Chapin : *Suggestions for improved plans for treatment of recent and recoverable cases of insanity*; un rapport sur les cérémonies à l'occasion de la pose de la première pierre pour un asile pour aliénés dont l'état mental est devenu chronique, un travail du Dr Wetherill sur les aliénés dans quelques pays lointains et les statistiques détaillées des différents établissements pour aliénés en Pensylvanie.

J. M.

The 66th Annual Report of James Murray's royal Asylum, Perth.

Le Dr Urquhart que beaucoup de nos lecteurs connaissent comme un des psychiatres les plus actifs de notre époque, nous présente un nouveau rapport qui se caractérise par un grand mouvement dans son asile. Il ne semble pas trop satisfait d'avoir admis un malade âgé de 70 ans et conséquemment ne présentant pas trop de ressources pour une guérison. S'il était attaché à un asile belge, surtout d'une grande ville, sa plainte serait bien plus amère parce qu'on y reçoit nombre de vieillards atteints de démence organique.

Par rapport aux entrées, il a obtenu 50 % de guérisons ou d'améliorations notables et sur le total de sa population les décès se sont élevés à 9 %.

En dehors des dépenses usuelles une somme d'environ seize mille francs a été sacrifiée pour des améliorations dans différents services.

Le travail se termine par deux rapports des médecins inspecteurs qui constatent que la direction de l'asile ne mérite que des éloges spécialement en raison des nombreuses améliorations et innovations qu'elle y a introduites pour le grand bien des aliénés.

J. M.

Bericht über die Irrenanstalt Basel, 1892.

Au 1^{er} janvier 1892 l'asile de Bâle renfermait 259 aliénés; dans le courant de l'année il y eut 200 premières admissions et 40 secondes

admissions; 60 guérisons, 86 sorties avec amélioration, 51 sorties sans amélioration. C'est conséquemment un des asiles qui présente le plus grand mouvement dans la population.

Les distractions y sont nombreuses et très variées. Le Dr Wille a dépensé à cet effet, dans le courant de l'année, 2072 francs, au delà du double de ce qui avait été prévu dans son budget.

Les travaux du laboratoire ont exigé une somme de fr. 342-35. Le service pharmaceutique a nécessité une augmentation de dépenses s'élevant à fr. 377-85.

Le Dr Wille expose dans son rapport une série de chiffres très intéressants pour ceux qui s'occupent de la direction administrative. Il le termine en passant sommairement en revue les différentes formes morbides qui se sont présentées chez lui comme nouvelles admissions. Il relate néanmoins, avec beaucoup de détails, quelques cas qui ont spécialement attiré son attention.

J. M.

BIBLIOGRAPHIE.

Cours de psychiatrie, par le Dr S. KORSAKOFF, professeur à la Faculté de médecine de Moscou (Kounscheroff à Moscou, 1893).

Le nom du psychiatre russe est trop favorablement connu chez les médecins aliénistes pour ne pas mentionner le travail qu'il vient de faire paraître et qui est essentiellement destiné aux étudiants des Facultés de médecine russes. Nous avons tous encore à la mémoire ses beaux travaux sur les troubles mentaux qui peuvent accompagner les névrites périphériques, névrites que l'on rencontre à la suite des intoxications par l'alcool, par l'arsenic, par la ptomaïne, à la suite de certaines maladies infectieuses, telle que le typhus, l'influenza, etc. L'auteur en a fait une forme morbide spéciale et cette création se justifie parfaitement chez tous les auteurs qui attachent une influence prépondérante à l'étiologie dans la classification des psychoses.

Nous avons prêté une attention spéciale à la classification adoptée par l'auteur d'abord parce qu'elle lui est personnelle, ensuite parce qu'elle se caractérise à la fois par la multiplicité des formes cliniques et étiologiques. Si sous plusieurs rapports nous ne pourrions lui accorder notre approbation, au moins devons-nous déclarer que ses divisions et subdivisions allant jusqu'à septante variétés de formes morbides, prouvent chez l'auteur une érudition bien vaste et la possibilité de classer ses aliénés d'après l'une d'elles.

Ce qui constitue encore une particularité bien digne d'attention, c'est que l'auteur avant de s'occuper de la psychiatrie proprement dite, y introduit son lecteur par un exposé succinct de la psychologie physiologique, l'étude de l'intelligence, des sentiments, de la volonté et des éléments de la conscience et de la personnalité, tout en évitant ce qui n'appartient pas au domaine des faits. Cette partie est suivie de la pathologie générale de l'aliénation mentale et ce chapitre est traité avec des développements auxquels nous ne sommes généralement pas habitués. Il nous y prouve encore, et d'une manière surabondante, l'importance des connaissances de la pratique générale pour étudier avec fruit la science de la psychiatrie.

Puisse l'auteur, qui est polyglotte, nous offrir un jour son travail dans une langue plus cultivée que la sienne ! J. M.

Die Bedeutung der psychopathischen Minderwertigkeiten für den Militärdienst, von Dr J. L. A. KOCH (Ravensburg, Otto Maier, 1893).

Le travail que le célèbre médecin de Zwiefalten présente aujourd'hui est une conférence qu'il se proposait de donner à la séance de la Société des Naturalistes et des Médecins allemands à Nuremberg.

Ce travail qui sera analysé dans le prochain Bulletin, mérite d'être connu non seulement du public médical mais encore de ceux qui sont chargés de l'organisation des armées.

L'exemple journalier nous montre que ceux qui ont mission d'incorporer les jeunes gens dans les régiments, montrent naturellement une prédilection pour les qualités physiques des militaires. Que de fois ne constate-t-on pas ultérieurement qu'une certaine proportion de ces jeunes gens souffrent horriblement au moment de leur incorporation parce que les chefs instructeurs, estimant que tous leurs hommes ont des qualités intellectuelles presque équivalentes, pu-
nissent sans discernement un certain nombre de jeunes recrues qui ne font pas un progrès suffisant dans les armes.

Le Dr Koch, dans sa nouvelle œuvre, éveille l'attention des autorités militaires sur cette question et il n'est pas à douter que de cette manière il leur a rendu un bien grand service.

J. M.

Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie, dargestellt von Dr LÆWENFELD (Wiesbaden, J. J. Bergmann, 1893).

A l'occasion de la publication de cette œuvre nouvelle, nous aimons à nous ressouvenir de l'excellent travail que publia le Dr Læwenfeld, en 1887, *Die moderne Behandlung der Neurasthenie und Hysterie*. Cet ouvrage nous a rendu en ce moment beaucoup de services et c'est avec plaisir que nous le consultons dans le choix du traitement pour nos neurasthéniques.

Le travail actuel, d'environ 750 pages, nous montre combien l'auteur s'est préoccupé de son étude favorite qui a fait surgir de bien nombreux mémoires depuis une vingtaine d'années. Le Dr Læwenfeld en mentionne environ trois cent et trente. A la partie thérapeutique il a joint cette fois la pathologie de la neurasthénie et de l'hystérie.

Dans un excellent chapitre il expose la place que prennent actuellement les deux maladies parmi les neuro- et les psychopathies. En s'occupant de l'étiologie il fait ressortir la part importante, comme causes prédisposantes, de l'hérédité, des influences de la nutrition du cerveau et des autres influences aussi bien de nature physique que morale, y compris même l'éducation. Quant à l'étude des causes occasionnelles, le D^r Lœwenfeld y sacrifie une cinquantaine de pages et nous démontre comment les neuro- et les psychopathies peuvent se trahir en portant leurs manifestations sur les organes les plus importants de notre être. Aussi la symptomatologie de la neurasthénie et de l'hystérie est-elle décrite avec des détails et un soin tels que l'on ne peut se contenir de déclarer, après une étude pareille, que beaucoup de malades ont été traités en vain parce que leurs médecins n'étaient pas suffisamment au courant de cette question. Actuellement on peut considérer que la neurasthénie et l'hystérie forment les deux chapitres les plus importants de la pathologie nerveuse. Quiconque pratique la médecine, quiconque même pratique une spécialité quelconque dans l'art de guérir, devrait posséder à fond la matière que le D^r Lœwenfeld décrit avec tant de talent. Le psychiatre à son tour pourra y puiser bien des connaissances utiles, même indispensables.

Faudrait-il le prouver? Ceci nous mènerait bien loin car nous devrions mentionner toutes les fonctions organiques, tous les appareils qui peuvent être atteints par l'une ou l'autre de ces affections nerveuses ou même par la combinaison de ces deux affections. Notre bulletin tient le lecteur au courant des progrès réalisés dans l'étude de ces états physiologiques et nous sommes heureux de pouvoir dire qu'aujourd'hui nous possédons par l'œuvre du D^r Lœwenfeld une étude complète et compacte de la neurasthénie et de l'hystérie.

Quant à la partie relative au traitement de ces deux affections, nous avons pu la comparer avec le travail antérieur de l'auteur qui en peu d'années de temps en fit paraître deux éditions successives. Non-seulement ce chapitre a subi un remaniement complet, mais il mentionne et discute tous les autres traitements qui ont été recommandés depuis la dernière édition.

Nous le répétons encore. Un si beau livre devrait figurer dans l'arsenal scientifique de tout médecin.

J. M.

Schweizerhof. Privat-Heilanstalt für Nerven- und Psychisch-Kranke Weiblichen Geschlechte. Zweiter Bericht (Berlin, G. Reimer, 1893).

En Allemagne les médecins ont le droit d'ouvrir des établissements pour malades. Il existe des centaines de ces établissements

dans ce pays, même pour les maladies mentales et nerveuses. Si, en d'autres pays la loi défend aux médecins d'être propriétaires d'asiles pour aliénés, en Allemagne, comme nous venons de le voir, ils sont autorisés et on n'y voit pas le moindre inconvénient. N'y aurait-il pas là, au contraire, un grand avantage, attendu que dans d'autres pays où la loi ne permet pas au médecin d'ouvrir un établissement, les propriétaires finissent par devenir des puissances sans contrôle suffisant, exploitant parfois la malheureuse situation de l'aliéné, créant d'autres fois une position bien difficile aux médecins appelés à soigner les aliénés?

En effet, les médecins aliénistes de l'Allemagne ne redoutent pas la présence des autorités chargés de l'inspection de leurs établissements. Même dans ces derniers temps ils ont demandé, à l'unanimité, une inspection plus sévère encore, dirigée par des hommes compétents.

La Maison de Santé de Schweizerhof peut être considérée comme une des plus belles et des plus complètes que l'Allemagne possède. Nous l'avons vue et nous n'avons nul besoin du présent rapport pour en faire l'éloge. A la tête de cet établissement se trouve le Dr Heinr. Laehr, depuis plus de quarante ans; et il suffira de dire que ce chef est le rédacteur principal de la plus importante revue allemande pour la psychiatrie, l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* pour répéter que « Noblesse oblige » et que sa Maison de Santé est à la hauteur de la science de cet homme que l'on vient de fêter à l'occasion du cinquantenaire de l'obtention de son diplôme de docteur.

Si ses deux fils, également médecins attachés à la même Maison de santé ont voulu faire un rapport un peu plus soignée en décrivant l'établissement d'une manière aussi complète que possible et en l'illustrant de dix-huit grandes phototypies, vues des principaux bâtiments et préaux, ils ont prouvé, par le côté historique, que les agrandissements et améliorations successives que leur établissement avait subis, était l'œuvre de leur vénéré père et que celui-ci est parvenu aux meilleurs des résultats par les essais des nombreuses innovations qui ont été tour à tour recommandées pour le perfectionnement des bâtiments et du traitement des aliénés.

La lecture de ce travail est même excessivement instructive pour ceux qui désirent s'occuper de l'amélioration des soins physiques à donner aux aliénés. Aussi ce rapport, purement descriptif et très étendu, se prête-t-il difficilement à l'analyse.

Pour en rehausser la valeur, les anciens assistants du Dr Heinr. Laehr ont tenu à donner à leur ancien chef un témoignage tout particulier de leur haute sympathie et de leur profonde reconnaissance. Le Dr Schröter, actuellement directeur de l'asile provincial

de Eichberg, y a fait figurer une très intéressante relation d'un « incendiaire aliéné à responsabilité douteuse; » le Dr Otto Dörrenberg y expose un cas d'« aphasie expérimentale chez l'homme; » le Dr Liebe, directeur de l'asile Bethel près de Bielefeld, y a fait insérer « une contribution statistique relative à l'étiologie de l'épilepsie; » le Dr Fr. Schäfer, directeur de l'asile provincial de Bethesda près de Lengerich, y publie un très long mémoire sur « le mensonge et l'aliénation mentale; » et le Dr Maur. Laehr une étude très intéressante « de l'influence météorologique sur les névropathes et les aliénés. »

Nous regrettons beaucoup de ne pas disposer pour le moment du temps voulu pour résumer ces différents mémoires; nous espérons néanmoins pouvoir offrir ces résumés dans notre prochain Bulletin.

J. M.

Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hilfsdisciplinen in allen Ländern, von Dr HEINRICH LAEHR. 4^e vermehrte und umgearbeitete Auflage (Berlin, Georg Reimer, 1893).

Nous ne nous attendions pas au moment où l'on fêtait le Dr Heiner. Laehr à l'occasion du cinquantenaire de son diplôme de médecin, que le Nestor des médecins aliénistes s'occupait au même moment de la publication de la quatrième édition de ses éphémérides de la psychiatrie. Nous sommes en possession de deux des éditions antérieures et nous pouvons croire l'auteur lorsqu'il nous fait connaître que son œuvre a été augmentée et refondue. Nous disons même que le volume actuel a plus que doublé et qu'il contient environ 500 pages de faits historiques relatifs à la médecine mentale, aux principaux psychiatres, leurs dates de naissance et de décès, leurs principaux travaux, les dates de la constitution des sociétés mentales du monde entier, tous les faits essentiels en un mot qui intéressent le psychiatre. Il se termine par un registre contenant, par ordre alphabétique, avec renvois à l'appui, de tous les médecins aliénistes qui ont contribué à la science de la médecine mentale.

Nous le répétons, nous ne nous sommes pas attendu à voir sortir encore des mains de ce vénéré collègue un travail qui doit lui avoir coûté une peine énorme et qui est unique en son genre. Après avoir monté un asile tel que celui de Zweizerhof au dernier degré de perfectionnement, après avoir dirigé, comme rédacteur en chef, l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, pendant plus de quarante ans, il était permis à cet infatigable travailleur de se reposer et de jouir exclusivement de l'affection des siens, alors surtout que les souffrances d'une maladie atroce qui l'accable, lui enlèvent tout repos!

Il n'en a pas voulu; nous l'entendons dire : « Repos ailleurs, » et il vient offrir au corps psychiatrique le plus beau cadeau dont le médecin aliéniste va jouir dans ses moments perdus.

J. M.

The blot upon the brain; Studies in History and Psychology,
by Dr WILLIAM W. IRELAND, 2^d edition (Edinburgh, Bell &
Bradfute, 1893).

L'œuvre que nous avons devant nous, est le fruit d'une série d'études auxquelles le Dr Ireland a sacrifié de nombreuses années. Plusieurs articles qui y figurent avaient déjà été publiés dans le *Journal of mental Science*, mais dans l'édition nouvelle que l'auteur nous présente, nous constatons un remaniement complet pour plusieurs d'entre eux.

La première édition qui a été si favorablement accueillie en Angleterre puisqu'elle fut épuisée au bout de six ans, se trouve aujourd'hui notablement modifiée et augmentée de manière que nous pouvons lui assurer un succès plus grand encore.

Le Dr Ireland se montre dans son œuvre au courant de tous les travaux similaires parus dans la littérature étrangère et par leur analyse, il nous prouve qu'il est à la hauteur des principales langues européennes.

Nous ne pouvons, dans un article bibliographique, que mentionner les principaux objets qui y sont traités : les hallucinations, la folie du pouvoir qui relate les faits et gestes principaux de nombre de monarques, l'histoire des névroses héréditaires de la famille d'Espagne, les idées fixes, la folie à deux, la cérébration inconsciente, la pensée sans paroles et la relation des paroles avec la pensée, l'usage habituel de la main gauche et du cerveau droit, l'écriture renversée et la dualité des fonctions cérébrales. Ces six derniers chapitres méritent une mention spéciale parce qu'on y rencontre des matériaux qu'on chercherait vainement, sous une forme aussi complète dans les travaux classiques.

Si l'ouvrage offre le plus grand intérêt pour les médecins aliénistes, il présente également cet avantage de pouvoir être compris par tous ceux qui s'occupent d'études physiologiques et psychologiques. Tout en présentant une grande valeur scientifique, il est d'une lecture très agréable et ne fatigue pas le lecteur malgré l'aridité apparente du sujet. On y rencontre une multitude de faits historiques dont la valeur se trouve rehaussée par les interprétations judicieuses personnelles à l'auteur. Non seulement, a dit un auteur anglais, le Dr Ireland a tracé à la fois une belle page de l'histoire de

la médecine et une belle page de la médecine de l'histoire; il s'est plu à vérifier quelques unes des plus difficiles problèmes de la philosophie de l'esprit, à rendre accessible pour ainsi dire à tous une série de faits trop inconnus même à ceux qui s'occupent exclusivement des maladies mentales et nerveuses. Aussi croyons-nous remplir un devoir en déclarant que l'œuvre de l'auteur non seulement peut rendre des services au psychiatre, au psychologue et à l'anthropologiste, mais encore à tout homme qui s'occupe de l'étude de la santé morale, de l'éducation d'une manière générale. La première édition eut l'honneur d'une traduction allemande; la deuxième, d'une importance plus grande encore, sera sans doute aussi reproduite en d'autres langues encore.

J. M.

Psychiatriske Forelæsninger og Studier, of D^r KUND PONTOPPIDAN — Auden Række (Kjobenhavn, Th. Lind, 1893).

Le D^r Pontoppidan nous présente aujourd'hui une deuxième série de six conférences qu'il a données sur les maladies mentales. Elles sont relatives à la démence simple, à la démence sénile, aux hallucinations, aux obsessions, à la perversion sexuelle et à l'imbécillité. Dans cette dernière conférence il relate avec certains détails un cas d'accès périodique de vagabondage.

Ces différentes conférences sont cliniques et présentent en dehors de la description des différents cas pathologiques, une étude concise mais très soignée du diagnostic différentiel.

La première conférence notamment mérite d'appeler l'attention parce que l'auteur s'occupe des différents cas de démence qui pourraient être confondus avec la démence simple. Il en est de même de la deuxième, sur la démence sénile, qui peut se présenter déjà à partir de l'âge de 50 ans et à la fois sous tant de formes différentes de manière à pouvoir la confondre à un moment donné avec une série d'autres psychoses.

Le chapitre des hallucinations appartient naturellement à la pathologie générale des psychoses. L'auteur le termine par une étude sur la simulation des hallucinations.

Celui sur les obsessions est très étendu, ce qui se comprend assez aisément en raison de l'importance chaque jour plus grande que reçoit l'étude de la neurasthénie et de ses troubles psychiques.

Le travail se termine par une conférence sur une forme atypique d'alcoolisme aigu, donnée au barreau de Copenhague. C'est en effet une question d'une importance capitale depuis que, pour nous servir d'une expression du D^r Garnier « l'alcoolisme se révèle de jour en jour plus agressif et son histoire tend sans cesse à se dramatiser. »

J. M.

Annual of the Universal medical Sciences. A Yearly report of the Progress of the General Sanitary Sciences throughout the World, by Dr CH. SAJOURS and seventy Associate editors and over two hundred corresponding editors (Philadelphia, J. A. Davis, 1893).

Nous avons déjà eu l'occasion de faire connaître cet Annuaire américain qui est entré dans la septième année de son existence, et qui s'occupe de toutes les branches relatives à l'art médical.

Il suffit pour en apprécier la valeur de jeter un coup d'œil sur cette œuvre à partir de sa première année. On constate alors immédiatement les modifications heureuses qu'a subies chaque Annuaire nouveau, la haute compétence de celui qui le dirige depuis le commencement. Le Dr Sajours, le rédacteur en chef, a su améliorer chaque année sa légion de collaborateurs qu'il recrute non seulement en Amérique mais dans tous les pays civilisés du monde entier. A la tête des principales rubriques nous rencontrons même de nombreuses autorités européennes qui à leur tour disposent, pour faire une excellente œuvre, de tous les journaux du monde entier qui se rapportent aux sciences médicales.

Il est impossible de donner une idée même superficielle de ces cinq énormes volumes illustrés de bien nombreuses gravures, de chromolithographies, etc., mais il suffira de déclarer que dans chacune des divisions, on ne rencontre que la quintessence des travaux scientifiques qui ont paru dans le courant de l'année, pour se rendre un compte exact de l'importance de l'ouvrage. Il suffira de dire que les principales notabilités scientifiques de l'Europe y ont pris une part très active pour prouver la sympathie qu'a rencontrée dans le monde entier une œuvre unique en son genre.

J. M.

Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe mit Ausblicken auf die Criminal-Anthropologie überhaupt. Klinisch-statistische, anthropologisch-biologische und craniologische Untersuchungen, von Dr PAUL NÄCKE (Wien und Leipzig, W. Braumüller, 1893).

Le *Bulletin de la Société de Médecine mentale* a déjà analysé longuement la partie essentielle de ce travail dont les principaux chapitres ont paru dans l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*; et notamment la statistique des criminelles aliénées dont l'auteur retrace ultérieurement l'histoire clinique, leur manière d'être dans

les asiles, les rapports anthropologio-biologiques du crime et de la folie chez la femme et les liens qui rattachent le crime et la folie.

Dans chacun de ces chapitres le Dr Näcke a fait des modifications et additions qui augmentent singulièrement la valeur de son œuvre. En dehors de ses observations personnelles et qui remontent à une centaine de cas, l'auteur avait profité de 262 travaux relatifs à la criminalité et la folie. On jugera de la nature des modifications et additions en apprenant qu'il dispose actuellement d'au delà de 500 travaux sur la matière. Nous citerons entre autres acquisitions nouvelles les plus importantes, celles de Pachet, Garnier, Günther, Savage, Pollitz, Leppmann, Sollier, Kovalevski, von Krafft-Ebing, Lombroso, Houzé, de Boeck, Ziehen, Mac Donald, Baer, Kurella, etc.

C'est le chapitre qui traite des rapports anthropo-biologiques du crime et de la folie qui a subi les modifications les plus profondes. Nous pourrions presque dire que pas une seule page de son ancien travail n'est restée intacte, tellement sont nombreuses les améliorations que l'auteur y a introduites. Nous nous permettrons même de faire remarquer à ce sujet que le Dr Näcke s'est un peu dévié de son sujet et que le besoin de dire toute la vérité sur la doctrine lombrosienne lui a fait faire un travail que je préférerais voir remanier parce qu'il constitue à lui seul un résumé de l'état actuel de nos connaissances anthropo-biologiques.

C'est ce qui explique, d'une part la diminution de l'importance des articles isolés publiés dans l'*Allg. Zeitschrift*, et d'autre part l'impossibilité de jeter un coup d'œil analytique dans cette œuvre si complète et à la fois si concise.

Les chapitres qui traitent des psychoses qu'on rencontre dans les pénitenciers et le traitement des criminels aliénés mentionnent à leur tour les opinions de tous ceux qui se sont occupés de cette question; ils acquièrent une importance capitale en raison de la situation spéciale de l'auteur, qui dirige une asile qui renferme un bien grand nombre de criminelles et ils méritent d'être étudiés par tous ceux qui s'occupent des aliénés criminels. La partie qui traite des rapports du crime et de la folie a été presque doublée en raison des nombreux travaux qui ont été publiés sur ce sujet depuis environ deux ans.

Enfin un dernier chapitre s'occupe du traitement préservatif du crime. Le Dr Näcke, toujours en s'appuyant sur son expérience personnelle et sur celle d'une légion d'autres observateurs, passe en revue les différentes causes de la criminalité et de la dégénérescence; les excès alcooliques, la syphilis, l'alimentation insuffisante, le régime antihygiénique, le surmenage chez l'enfant et chez l'adulte, le choix improprie d'une profession, les altérations qui peuvent

surgir au moment de la puberté et de la ménopause, l'éducation vicieuse et spécialement de ceux qui sont déjà l'objet d'une dépréciation au point de vue de l'intelligence (imbéciles, idiots, épileptiques). L'auteur confirme ainsi ce que nous disions autrefois que les écoles de réforme et les prisons ne doivent pas constituer uniquement des pénitenciers, que ce sont encore des établissements où l'on doit viser à la fois la punition et le rétablissement moral du criminel.

Cette question mène l'auteur à celle de la sentence indéterminée, à la libération conditionnelle, aux incorrigibles. Pour les derniers il réclame un asile spécial et l'individualisation dans leur traitement. Le Dr Nücke attaque le système des jurys des Cours d'assises; il réclame une réforme dans l'éducation des jurisconsultes qui devraient connaître davantage les dispositions psychologiques de ceux qu'ils sont appelés à défendre ou à condamner, une réforme dans l'éducation des gardiens des maisons pénitenciaires et dans l'assistance des libérés.

N'avais-je pas raison de dire que l'auteur s'est écarté de son sujet? Son précieux travail embrasse un trop grand nombre de questions d'anthropologie criminelle pour qu'on ne l'encourage à reprendre ses questions favorites pour en faire un travail d'ensemble qui serait fort goûté des anthropologistes et des juristes.

A son travail se trouvent annexés l'examen anthropologique détaillé de 16 crânes de femmes dont 12 de femmes criminelles, — une étude sur la présence du *torus palatinus* chez les aliénés et les hommes sains d'esprit et la partie bibliographique de son œuvre qui comprend le chiffre énorme de 519 travaux.

J. M.

La pratique des maladies du système nerveux dans les Hôpitaux de Paris, Aide-mémoire et formulaire, par le professeur PAUL LEFERT, 1 vol. in-16 de 285 pp. (Paris, J.-B. Baillière et fils, 1893).

Tous les praticiens sauront gré à M. le professeur Lefert de leur présenter en un petit volume clair et précis la *pratique* des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris dans les maladies du système nerveux : MM. Babinski, Gilbert Ballet, Bourneville, Brown-Sequard, Charcot, Christian, Debove, Déjerine, Dujardin-Beaumetz, Jules Falret, Féré, Gilles de la Tourette, Joffroy, Luys, Magnan, Pierre Marie, Constantin Paul, Raymond, Séglas, Sollier, Auguste Voisin, Jules Voisin, etc.

On trouvera, traitées dans ce livre, les questions qui s'offrent

chaque jour à l'observation de tout médecin ou chirurgien : *Abasie, Ataxie locomotrice, Casque vibrant, Chorée, Contractures, Délire, Dipsomanie, Éclampsie, Épilepsie, Fauteuil trépulant, Goître exophthalmique, Hémiplégie, Hypnotisme, Hystérie, Hystéro-traumatisme, Injections de liquide testiculaire, Insomnie, Migraine ophtalmique, Myélite, Neurasthénie, Pachyméningite, Paralysie agitante, Polynévrite, Sclérose, Suggestion, Syphilis du système nerveux, Syringomyélie, Tabes, Tétanie, Tics, Transfusion nerveuse, Vertige*, etc.

Cet ouvrage est dû à la collaboration de 85 médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, renferme plus de 400 consultations sur les cas les plus nouveaux et les plus variés.

Il permet au médecin instruit de se rappeler ce qu'il a vu, alors qu'étudiant il suivait les services hospitaliers de Paris; il permet, à celui qui depuis longtemps s'est relégué dans la pratique, de se tenir au courant des nouvelles méthodes de traitement.

Le praticien est toujours certain, quel que soit son choix, de s'appuyer sur les conseils d'un confrère dont le nom fait autorité.

Sans doute, au lit du malade, l'état particulier de ce dernier a au moins autant de poids que le genre de maladie dont il est atteint; il n'en reste pas moins que chaque médecin a pour chaque maladie un ensemble de moyens formant un arsenal dans lequel il puise incessamment, sauf à choisir l'agent qui s'adapte le mieux à la constitution propre du patient.

Pour faciliter les recherches, le livre est complété par deux tables alphabétiques, l'une par noms d'auteurs, l'autre par ordre de matières. De telle sorte que l'on peut à la fois avoir l'opinion de tel ou tel professeur sur les diverses questions qui sont à l'ordre du jour et en même temps passer en revue l'opinion des divers chefs de service sur un sujet déterminé.

VARIÉTÉS.

Enseignement professionnel des gardiens.

Nous apprenons avec plaisir que cet enseignement se trouve déjà organisé dans les asiles d'aliénés de Meerenberg, de Utrecht et de Medemblik (Hollande).

Les écoles de gardiens en Saxe.

Il existe en Saxe deux écoles de l'État ayant pour but la création de gardiens pour les asiles d'aliénés. A l'asile de Hochweitzschen, on instruit les gardiens, à celui de Hubertusburg, il y a une école pour gardiennes. Les élèves y occupent des bâtiments spéciaux; ils appartiennent aux différentes classes de la société. On y rencontre des enfants de pasteurs protestants, d'instituteurs, d'employés, etc.

L'instruction est à la fois médicale et religieuse, c'est-à-dire confiée au médecin de l'asile et à l'aumônier.

Les élèves reçoivent d'abord pendant trois mois une instruction élémentaire; ils commencent alors un stage de six mois pendant lequel ils reçoivent un enseignement théorique et pratique. S'ils passent cette période avec succès, ils sont nommés assistants et sont autorisés à continuer leurs études qui ne se terminent qu'au bout de deux ans.

Leur diplôme est légalisé par le Ministre et leur est distribué solennellement à la chapelle de l'asile.

Les nouveaux diplômés font alors partie du corps des gardiens; ils reçoivent un uniforme et un traitement fixe; après un certain nombre d'années de service ils ont droit à la pension.

Ils ne peuvent se marier sans autorisation préalable du Ministre.

Ces écoles existent déjà depuis trois ans. Déjà 803 élèves ont été inscrits. 546 ont été nommés assistants ou gardiens, 257 élèves ont été renvoyés, ayant été déclarés inaptes au service des aliénés.

Le prix de l'entretien pour les indigents y est de 350 francs par an.

NÉCROLOGIE.

Charcot, J. M.

Le Dr Charcot, né à Paris le 29 novembre 1825, est décédé le 16 août dernier. Il s'était déjà fait connaître par un bien grand nombre de travaux scientifiques et par son enseignement libre sur les maladies du système nerveux lorsqu'en 1872 il fut appelé à la chaire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Paris, chaire qu'il occupa jusqu'en 1881. C'est pendant cette période qu'il publia son mémorable travail sur les *Localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière*. Il continua pendant ce temps ses cours libres à la Salpêtrière. Il publia vers cette époque des travaux remarquables sur la *métallothérapie* et l'*hypnotisme*. En 1882, il occupa officiellement la chaire de clinique des maladies nerveuses. Il y affirma bientôt la haute importance des études microscopiques et physiologiques ; son travail : *Clinique des maladies du système nerveux* en fait foi. Il abonde de faits anatomiques et physiologiques qui conduisent à la pathogénie. Parfois même, mais plus rarement, il s'occupait de la thérapeutique des maladies nerveuses.

Plusieurs de ses travaux, et notamment le dernier, ont été publiés en différentes langues.

La France perd en Charcot une de ces plus nobles illustrations.

Blanche, Em.

Le Dr Blanche, membre honoraire de la Société de Médecine mentale de Belgique, est décédé le 15 août dernier à l'âge de 73 ans. Il fut autrefois un des membres les plus actifs de la Société médico-psychologique et de la Société de Médecine légale de Paris.

De Moerloose, J. B.

Le Dr De Moerloose, médecin honoraire de l'asile des Frères de Saint-Jean-de-Dieu, est décédé à Gand le 2 novembre dernier. Notre regretté confrère était membre fondateur de la Société de Médecine mentale de Belgique.

NOTE. — Les rédacteurs des Revues de pathologie mentale ou nerveuse sont priés de reproduire ce qui suit dans leurs journaux.

CONCOURS

DE

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE DE BELGIQUE.

1^{re} QUESTION. — *Étude clinique des maladies mentales, transitoires ou permanents, consécutives aux maladies infectieuses et aux délabrements organiques, à l'exclusion de la syphilis. L'auteur insistera spécialement sur leur pathogénie.*

2^{me} QUESTION. — *Le traitement rationnel de la folie basé sur les indications étiologiques.*

3^{me} QUESTION. — *Cette question relative à la pathologie mentale ou nerveuse est laissée au choix de l'auteur.*

CONDITIONS DU CONCOURS.

1. Le concours est *international*.
2. Les mémoires pourront être présentés en français, en néerlandais, en allemand, en anglais ou en italien. Toutefois les concurrents étrangers seront tenus de faire accompagner leurs mémoires d'un résumé et de la traduction de leurs conclusions en langue française.
3. Le montant des prix affectés au concours s'élève à 500 francs; il pourra être alloué au lauréat dans sa totalité ou en partie.
4. Le concurrent étranger, proclamé lauréat, devra pour permettre la publication de son travail dans le Bulletin de la Société, en faire faire la traduction française à ses frais. Il lui sera loisible de faire publier son œuvre dans sa langue maternelle au moment où elle paraîtra dans la publication de la Société.
5. Le mémoire envoyé au concours et le pli cacheté dans lequel le nom et l'adresse de l'auteur sont indiqués, doivent porter la même épigraphe.

Le pli annexé à un travail couronné est ouvert par le Président en séance publique.

Lorsque la Société n'accorde qu'une mention honorable à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur.

Les mémoires doivent être adressés avant le 31 décembre 1895, francs de port, au Secrétaire, le D^r JUL. MOREL, médecin en chef de l'Hospice Guislain, à Gand.

TABLE DES MATIÈRES.

AACKERMAN. — Cas de crâniotomie pour microcéphalie.	389
Abcès cérébral	62
— cérébraux	387
ABELOUS. — Contribution à l'étude de la fatigue	447
Acétonurie, glycosurie et albuminurie dans la diarrhée par dégéné- ration du plexus solaire chez les aliénés	125
Acromégalie. Étude anatomique et clinique	181
Achylodynie	462
Agraphie motrice suivie d'autopsie	342
Akinesia algera	470
ALBERT. — Achillodynie	462
Alcoolique (Pathogénie du délire)	323
Alexie sous-corticale de Wernicke	451
Algies centrales ou psychiques des neurasthéniques.	94
Allochirie; sa place dans la symptomatologie des maladies du sys- tème nerveux	61
ALT. — Névroses et psychoses dépendant d'affections chroniques de l'estomac	341
ALTER. — Assistance provinciale des idiots et des épileptiques . .	239
Analgène	494
Anatomie des vaisseaux des ganglions cérébraux	177
Anatomie pathologique de la chorée.	58
— — de la syringomyélie et de l'hydromyélie	57
Anesthésie cérébrale	92
— hystérique	213
— — généralisée	93
Anurie hystérique	95
Aphasie (Considérations médico-légales sur l') et d'autres affections de la parole	190
— sous-corticale	191
Aphasique (Acte de donation authentique par une). — Demande en nullité	111
Aphonie hystérique (Un traitement de l').	488
ARNAUD. — La folie à deux. Ses diverses formes cliniques. . . .	379

Arrêt du développement cérébral (Contribution à la pathologie de l')	194
Arthropathie tabétique des deux hanches.	353
ASCHER. — Zur staatlichen Beaufsichtigung der Irrenanstalten . .	130
Astasie-abasie chez un hystérique dégénéré.	322
Asthénopie et rétrécissement concentrique dans les maladies du système nerveux.	87
Ataxie héréditaire	68
— (Traitement de l').	115
Atrophie hémifaciale (Une indication dans le traitement de l') . .	47
— musculaire dans l'hémorragie cérébrale.	463
— tabétique du nerf optique (Traitement de l') par l'électricité	492
Atrophie complète avec autopsie	203
Auditifs (Des rapports entre les deux organes).	443
Audition colorée et phénomènes similaires	336
Autoconduction ou nouvelle méthode d'électrisation des êtres vivants	330
Auto-intoxications dans les maladies mentales	305
BABES. — Sur le traitement de la neurasthénie, de la mélancolie et de l'épilepsie essentielle.	486
BABINSKI. — Association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux et les névroses.	97
— — Contracture organique et hystérique.	217
BAER. — Der Verbrecher in anthropologischer Beziehung. . . .	398
BALLET. — Un exhibitionniste persécuté; les persécutés auto-accusateurs	374
— — Les troubles oculaires dans la paralysie générale. . . .	469
BECHTEREW. — Variations de vitesse des processus psychiques à différents moments de la journée.	329
BECKER. — Sammlung gerichtsarztlicher Gutachten	130
BELA GAMAN. — Étude de l'innervation centrale motrice du larynx. .	187
BELMONDO. — Action de la duboisine dans les maladies mentales .	119
Benzanalgène.	494
BERDEZ. — Recherches sur le trajet des fibres centripètes dans la moelle épinière	179
BERNHARDT. — Étiologie de la paralysie faciale rhumatismale . .	383
Bericht über die Irrenanstalt Basel.	501
BERKHAN. — Un cas d'alexie sous-corticale de Wernicke	451
BERNHHEIM. — Polyomyélites antérieures de l'adulte, greffées sur la paralysie infantile	71
BICKELER. — Voir KORNFIELD.	
BLEULER. — Nature de l'aphasie sous-corticale.	191

BLOCH. — Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses.	132
— et MARINESCO. — Lésions et pathogénie de l'épilepsie essentielle.	220
BÖHM. — Acte de donation authentique par une aphasique. . . .	111
BÖTTIGER. — Voir BRIE.	
BOENNECKEN. — Étiologie des névralgies du trijumeau	451
Borate de soude dans la paralysie agitante	123
BOSC. — Allochirie; sa place dans la symptomatologie des maladies du système nerveux.	61
BONDURANT. — Fréquence des maladies rénales chez les aliénés. .	197
BOTHE. — Le traitement familial des aliénés à Dalldorf.	229
BOULLOCHE. — Paralysies pneumoniques	77
BOURGES. — Myélite diffuse aiguë produite par l'érysipélocoque. .	69
BOURNEVILLE. — Idiotie hydrocéphalique.	326
— — — — — Traitement des enfants idiots et arriérés. . . .	390
• — — — — Recherches cliniques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie	397
BRENNISOHN. — Cas de myosite ossifiante multiple.	206
BRIE et BÖTTIGER. — Le trional comme hypnotique	236
BREUER et FREUD. — Origine psychique des symptômes hystériques	99
Broadmoor criminal lunatic asylum. Quelques chiffres à propos d'un asile pour aliénés criminels	241
Bromisme	384
BRUGIA. — Toxicité des urines chez les aliénés.	126
CAMUSET. — Modifications dans l'état mental de certains aliénés atteints de choléra	107
CAPRIATI. — Traitement de l'atrophie tabétique du nerf optique par l'électricité	492
CARRARA. — Voir OTTOLENGHI.	
Cécité progressive traitée avec succès par la trépanation	492
— psychique (Cas de) et d'hémianopsie suivi d'autopsie	191
Centre nerveux (Localisation du) de la vessie, du rectum et de l'érection de la verge chez l'homme	447
Centres psychomoteurs (Dégénérescence secondaire après destruction des).	446
Cérébrales (Anesthésies).	92
— (Influence des positions sur les fonctions)	53
— (Paralysies) infantiles.	64
— (Sphère sensible de l'écorce)	57
Cerveau (Contribution à la chirurgie du)	388
— (Méthode d'examen du) à l'état frais	445
— (Nouveau mode d'exploration du)	56

Cervelet (Tumeurs du)	63
CHABERT. — Maladie des tics	103
CHARCOT. — Cas d'agraphie motrice suivi d'autopsie.	342
— — Dissociation de la sensibilité à type syringomyélique consécutive à une compression nerveuse	74
— — Toux et bruits laryngés chez les hystériques, les choréiques, les tiqueux, etc.	215
CHARPENTIER. — Les folies du caractère et leurs rapports avec les asiles spéciaux	106
CHARRUEL. — Simulation de la folie chez les aliénés.	485
CHAUMONT. — Bromisme.	384
Cloralose (Action hypnotique du).	119, 496
Chorée (Anatomie pathologique de la)	58
— chronique (Remarques sur les formes de la)	481
— (Hémi-)	480
Choréique (Du mouvement).	480
CHVOSTEK. — Paralyse ischémique par suite d'embolie de l'artère fémorale	79
— — Contribution à la théorie des hallucinations.	196
CLAUS et VANDERSTRICT. — Étude anatomique et clinique de l'acromégalie	181
Claustrophobie (Un cas de)	352
Cocaïnisme.	234
Codéine (Empoisonnement aigu par la)	385
COLLINS. — De la névrose parasthésique	469
Colonies d'épileptiques	231
Concours de l'Académie royale de médecine de Belgique	261
— de la Société de Médecine mentale de Belgique	517
CONOLLY NORMAN. — Sur le cocaïnisme	234
Contagion de la folie	416
Contracture organique et hystérique	217
Contrainte corporelle dans le traitement de la folie	227
COTELLA. — Altérations histologiques de l'écorce cérébrale dans quelques maladies mentales.	59
Craniotomie (Un cas de) pour microcéphalie.	390
Crime et folie chez la femme	244, 247
CRISTIANI. — Acétonurie, glycosurie et albuminurie dans la diar- rhée par dégénération du plexus solaire, chez les aliénés	125
CULLERRE. — Des faux témoignages des aliénés devant la justice	316
D'ABUNDO. — Action toxique et bactéricide du sérum sanguin chez les aliénés	126
DAGONET, JUL. — Manie périodique	36

DAVIES. — Myxœdèmes traités par le suc thyroïdien.	82
DARKCHEWITCH. — Maladies des articulations et des muscles dans les hémiplegies cérébrales	203
— et WEIDENHAMMER. — Substitution par un os décal- cifié des défauts crâniens après déformation	112
D'ARSONVAL. — Auto-conduction ou nouvelle méthode d'électrisa- tion des êtres vivants	330
— — Influence des courants alternatifs sur leurs effets physiologiques	184
— — Persistance de l'excitabilité des nerfs et des muscles après la mort	333
DE BOECK. — Contribution à l'étude de la physiologie du nerf. . .	438
— — De la contagion de la folie	416
DÉJÉRINE. — Cas de maladie de Thomsen suivi d'autopsie. . . .	342
Délirantes (Variabilité des conceptions) et des hallucinations senso- rielles.	458
Délire des alcooliques (Lésions anatomiques dans le).	457
— des négations	359
— — à apparition précoce chez une mélancolique.	25
— d'origine sympathique	86
DELPRAT. — Valeur du traitement électrique des paralysies par compression du membre supérieur.	114
Démence paralytique (Lésions des fibres d'associations dans la). .	384
DENY. — Pathogénie des folies sympathiques	315
DERCUM. — Une indication dans le traitement de l'atrophie héli- faciale.	117
DERODE. — Allocution présidentielle	9
— — Note médico-légale à propos d'un incendiaire	153
DETERMAN. — Cas de maladie de la moelle consécutive à l'in- fluenza	76
Dissimulation des idées de grandeur dans le délire chronique. . .	483
DOURDOUFI. — Remarques sur le traitement de la douleur et de l'insomnie	237
Duboisine (Action de la) dans les maladies mentales 119, 235, 409, 494	
Dynamométrie chez les aliénés	161
École de gardiens en Saxe	514
Écorce cérébrale (Altérations de l') dans quelques maladies men- tales.	59
— — (Sphère sensible de l')	57
— — son importance fonctionnelle	328
— — (Sur une action inhibitrice de l').	449

EDINGER. — Importance fonctionnelle de l'écorce cérébrale . . .	328
EICHHORST. — Névrite diabétique et ses rapports avec l'ablation du réflexe patellaire	79
— — Paralyse alcoolique apoplectique	66
Électricité. — Influence de la fréquence des courants alternatifs sur leurs effets physiologiques	184
ELLEBO. — Nécrophobie. Contribution à l'étude des idées fixes . .	87
ENGEL-REIMERS. — Maladies des nerfs et de la moelle d'origine gonorrhéique	78
Épileptiques (Chloralose chez les)	496
— (Colonies d')	231
— essentielle (Lésions et pathogénie de l').	220
— (Folie).	104
— (Hypertrichose chez un)	477
— (Tentative de meurtre accomplie par un)	105
— (Toxicité urinaire chez les)	476
— (Vergetures transversales dans la région lombo-sacrée chez les)	473
ERLENMEYER. — Syphilis congénitale et ses rapports avec quelques affections du système nerveux	46, 60
ESKRIDGE. — Diagnostic et traitement de l'hémorragie cérébrale .	486
EWART. — Colonie d'épileptiques.	231
Exalgène dans les maladies nerveuses et mentales.	493
Exhibitionniste persécuté. — Persécutés auto-accusateurs. . . .	374
FAMBOURÈRE. — Syringomyélie avec hémiatrophie de la langue. .	72
Faux témoignages des aliénés devant la justice.	316
Fatigue (Contribution à l'étude de la)	447
FÉRÉ. — Chloralose; son action hypnotique.	119
— — — chez les épileptiques, les hystériques et les choréiques	496
— — Contribution à l'histoire des hydarthoses intermittentes	479
— — Folie communiquée de l'homme à l'animal.	85
— — Influence des agents physiques et des chocs moraux sur les intoxications	460
— — Malformations de la peau chez les dégénérés	110
— — Motilité de l'orbiculaire des lèvres dans la paralysie faciale des hémiplegiques	479
— — Traitement des aliénés dans leur famille.	395
— — Troubles de la motilité dans les paralysies soi-disant spé- cialisées	223
— — Hypertrichose chez un épileptique.	477
— — Toxicité des urines chez les épileptiques.	476

FÉRÉ et BATIGNE. — Anomalies du testicule chez les dégénérés et en particulier sur les inversions de l'épididyme	471
— et SCHMID. — Élongation des nerfs dans l'hémiplégie spasmodique infantile avec épilepsie.	18
— — — Vergetures transversales de la région lombosacrée chez les épileptiques.	473
Folie à deux. Ses diverses formes cliniques	379
— circulaire	109
— communiquée de l'homme à l'animal.	85
— du caractère et leurs rapports avec les asiles spéciaux	106
— épileptique.	104
— hépatique	340
— post-choréique	108
— sympathiques.	315
Fonctions cérébrales (Influence des positions horizontale et verticale sur les).	53
— — (Nouveau mode d'exploration des).	56
FRANCOTTE. — Injections sous-cutanées du phosphate de soude dans le traitement des maladies nerveuses.	116
FRANK HADDEN. — Tumeur corticale avec hémiplégie et perte des sensations tactiles douloureuses et musculaires.	453
FREND. — Voir BREUER.	
FREUND. — Hyperesthésie optique d'origine centrale.	87
— — Névroses traumatiques.	347
FRONDA. — Sur la peptonurie chez les paralytiques généraux.	383
FÜRSTNER. — Hydrothérapie dans les états d'excitation psychique	237
— — Pathologie et anatomie pathol. de la paralysie générale	468
Gangrène symétrique (Un cas de)	353
Gardiens diplômés de l'asile d'aliénés de Buffalo	260
— (École de) en Saxe.	514
GÉLINEAU. — Un cas d'hématophobie	352
GIBSON. — Myxoedème guéri par des greffes de corps thyroïde	82
GILLES DE LA TOURETTE et FOURNIER. — Syphilis maligne précoce du système nerveux.	60
GIRAUD et LADAME. — Des Sociétés de patronage des aliénés.	319
Glande pituitaire (Destruction de la)	180
GODDING. — De la folie en Amérique et des soins à donner aux aliénés	226
Goître exophtalmique avec troubles psychiques	84
— — et dégénérescence mentale.	299

Goître exophtalmique (Signe pathognomonique du)	84
GOLDFLAM. — Contribution à l'étude étiologique du tabes	64
GOLDSCHIEDER. — Diagnostic der Nervenkrankheiten	258
Gonorrhéique (Maladies des nerfs et de la moelle d'origine)	78
GORODICHEZE. — Un cas de claustrophobie.	352
GRUBER. — Audition colorée et phénomènes similaires	337
GUTTMANN. — Signe pathognomonique du goître exophtalmique	84
GUTZMANN. — Traitement rationnel du bégaiement	386
 HAHN. — Cécité progressive traitée avec succès par la trépanation	492
Hallucinations (Contributions à l'étude des)	196
— de la vue (Phénomène non décrit dans les)	87
— sensorielles (Variabilité des conceptions délirantes et des)	458
HAY. — Goître exophtalmique avec troubles psychiques	84
HEESE. — Influence du sympathique sur l'œil et en particulier sur les mouvements de l'iris	336
HELD. — Mode de terminaison des nerfs sensibles de l'encéphale	178
Hématome des aliénés	223
— des oreilles (Traitement des)	225
Hématophobie (Un cas d')	352
Hémichorée post-hémiplégique (Trouble de la sensibilité générale dans un cas de).	452
— sénile	480
Hémiplégies cérébrales (Maladies des articulations et des muscles dans les)	203
— doubles avec symptômes bulbaires	75
Hémorragie cérébrale (De l'atrophie musculaire dans l')	463
— — (Diagnostic et traitement)	486
— traumatique arachnoïdienne avec monoplégie homonyme à la lésion cérébrale	463
HEYSE. — Névrite double du plexus brachial chez un phtisique.	199
HITZIG. — Contribution à la chirurgie du cerveau	388
HOLST. — Anurie hystérique	95
HOMÉN. — Cas de sarcome de l'hypophyse cérébrale	339
HONIG. — Simulation et exagération des suites d'accidents et des moyens de les combattre	90
HUCHARD. — Algies centrales ou psychiques des neurasthéniques	94
HUEHLINGS JACKSON et TAYLOR. — Hémiplégies doubles avec symptômes bulbaires	75
Hyarthroses intermittentes (Contribution à l'histoire des)	479
Hydrocéphalie congénitale (Traitement de l')	391
Hydrothérapie dans les états d'excitation psychique.	237

Hyperesthésie optique d'origine centrale	87
Hypnotisme (De l') chez les aliénés	497
Hystérie (Association de l') avec les autres maladies du système nerveux	97
— chez les enfants	220, 381
— simulant la gliomatose médullaire	98
— (Valeur de la formule urinaire de l')	102
Hystérique (Anesthésie) généralisée	93
— (Anurie)	95
— (Association des troubles) et de troubles organiques du côté de la vision	47
— (Automutilation grave chez une)	99
— (Origine psychique des symptômes)	99
— (Polyurie)	477
Idiotie hydrocéphalique	326
Idiots (Élimination de l'acide phosphorique chez les)	327
— et épileptiques (Assistance provinciale des)	239
IMOGENE BASSATE. — Paralyse chez les enfants pendant et après les maladies infectieuses	205
Influenza (Cas de maladies de la moelle consécutive à l')	76
Intoxications (Influence des agents physiques et des chocs moraux sur les)	460
IRELAND. — The blot upon the brain	508
JACOBSON. — Rapport entre la syphilis et la paralysie générale des aliénés	221
JANET. — Anesthésie hystérique	213
— — État mental des hystériques	133
JARRE. — Traitement de la névralgie spasmodique de la face	488
JOLLY. — Hystérie chez les enfants	381
— — Paralysies saturnines et arsenicales	66
KAES. — Contribution à l'étiologie de la paralysie générale	467
KAST. — Contribution à la pathogénie des paraplégies	204
KELLOG. — Origine toxique de la folie	196
KERAVAL. — Assistance des épileptiques et des idiots dans la province de Saxe	135
— — Ouverture de l'asile d'aliénés de Tworski, près Varsovie	136
KIRILZEN. — Origine et trajet central du nerf acoustique	327
KINDRED. — Méthode d'examen du cerveau à l'état frais	445
KLINKE. — Étude du traitement libre et de l'emploi du repos au lit chez les aliénés	232

KLIPPEL. — Insuffisance hépatique dans les maladies mentales. —	
Folie hépatique	340
— — Lésions anatomique dans le délire des alcooliques	457
— — Pathogénie du délire alcoolique	323
— — Troubles nerveux consécutifs aux traumatismes	348
KNUST. — L'analgène	494
KOCH. — Beitrag zur Lehre von den Krankhaften Vorstellungen	440
— — Die Bedeutung der psychopathischen Minderwertigkeiten für der Militärdienst	504
— — Die psychopathischen Minderwertigkeiten	48
KOELLE. — Variabilité des conceptions délirantes des hallucina- tions sensorielles	458
KOENIG. — Asthénopie et rétrécissement concentrique dans les maladies du système nerveux	87
— — Contribution à l'étude de l'Akinesia algera.	470
KÖPPEN. — Hétérotypie de la substance grise de la moelle épinière	200
KÖSTER. — Cas de gangrène symétrique	353
KOLISKO. — Étude anatomique des vaisseaux des ganglions céré- braux	177
KORSAKOFF. — Cours de psychiatrie	508
KORNFELD et BIKELES. — Sur la sensibilité cutanée et sur celle des sens de l'odorat et du goût chez les paralytiques	222
KOVALEVSKI. — Neurasthénie et dégénérescence	270
— — Traitement des affections syphilitiques du système nerveux central	301
KROEMER. — Anatomie pathologique de la chorée	58
KRÜLLE. — Du benzanalgène	494
KRYPIAKIEWICZ. — Action de l'abaissement de la pression atmos- phérique sur les aliénés	197
KURZ. — Lipothymie laryngée	461
LABORDE. — Conditions de la régénération d'un nerf sectionné et de sa restitution fonctionnelle	186
LACHAUX. — Dissimulation des idées de grandeur dans le délire chronique	483
LADAME. — Voir GIRAUD.	
LAEHR. — Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hülfdisciplinen in allen Ländern, 4 ^e Auflage.	507
— — Schweizerhof. Privatanstalt für Nerven- und Psychisch Krank, 2 ^e Bericht.	505
LAGRANGE. — Astasie-abasie chez un hystérique dégénéré.	322
LANGE. — Sur une cause assez fréquente du retard ou du développe- ment incomplet chez les enfants	205

LEFFERT. — La pratique des maladies du système nerveux dans les hôpitaux de Paris	512
LEGRAIN. — Dégénérescence de l'espèce humaine; sa définition, ses origines.	174
— — Note pour servir à l'étude de l'hémichorée essentielle.	176
LÉPINE. — Accidents produits par le sulfonal	120
Lésions anatomiques dans le délire des alcooliques.	457
LEWIN. — Morphinisme et législation	112
LEWY. — Polymyosite aiguë primitive.	455
LEYDEN. — Myélite aiguë.	201
— — Polynévrite mercurielle.	456
LICHTENBERG. — Troubles de la sensibilité dans la paralysie faciale périphérique rhumatismale	80
LINDH. — Contribution à l'étude des abcès cérébraux	387
Lipothymie laryngée	461
Liste des membres de la Société de Médecine mentale	3
LJUBIMOW. — Lésions des fibres d'associations dans la démence paralytique.	384
Lobes temporaux (Contribution aux affections des)	182
Lois (Étude des) qui gouvernent les actions humaines	448
LONDE. — Un cas d'arthropathie tabétique des deux hanches	353
Loos. — Tétanie chez les enfants et ses rapports avec le laryngo- spasme	464
LöWE. — Rumination chez l'homme.	338
LÖWENFELD. — Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie.	504
LUYS. — Action des couronnes aimantées dans le traitement des maladies mentales et nerveuses.	323
— — Visibilité directe des effluves cérébraux.	331
MABILLE. — Élimination de l'acide phosphorique chez les idiots. . .	327
MAC DONALD. — Génie et folie.	196
MAGNAN. — Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux .	395
Maladie de Basedow (Contribution à l'étude de la maladie de) . . .	354
— de Thomsen (Un cas de) suivi d'autopsie	342
Manie de la jalousie chez l'homme	198
— périodique	36
MANSSELL MOULLIN. — Hémorragie traumatique arachnoïdienne avec hémiplegie homonyme à la lésion cérébrale	463
MARANDON DE MONTYEL. — Folie circulaire ou folie à double forme.	109
— — — Action sédative de la duboisine	494
MARIE. — Des persécuteurs migrants	325

MARIE. — Myélite syphilitique	70
— — Traitement de l'ataxie.	115
MARINESCO. — Modifications que subissent les nerfs d'un membre et les portions correspondantes de la moelle après amputation	185
— — Syringomyélie et poliomyélite chronique de l'adulte, d'origine ischémique.	72
— et SÉRIEUX. — Lésion traumatique du trijumeau avec troubles trophiques consécutifs.	182
MASSAUT. — Des injections sous-cutanées de sulfate de duboisine en médecine mentale	407
MATHIEU. — Neurasthénie (épuisement nerveux).	134
— — Polyurie hystérique.	477
MAVROUKAKIS. — Hyperesthésie de la sensibilité chez des sujets hypnotisés	335
Mélancolie (Traitement de la).	487
MEDVEL. — Empoisonnement aigu par la codeine	385
MEIGE. — Le juif-errant à la Salpêtrière. Étude sur certains névro- pathes voyageurs.	357
MENDEL. — La duboisine.	235
Méningée (Rapport de l'artère) moyenne dans l'endocrane.	444
Méningite séreuse; séméiologie et traitement	490
Ménopause (Troubles nerveux et psychiques de la)	482
Menstruation (Importance de la) dans le développement des troubles intellectuels	198
METZQUER. — Étude médico-légale sur la révélation punissable.	110
Meurtre (Tentative de) accompli par un épileptique	105
MILLS. — Considérations médico-légales sur l'aphasie et d'autres troubles de la parole	190
Moelle épinière. Éléments nerveux moteurs des racines postérieures — — (Hétérotypie de la substance grise de la)	446 200
Monoplégie hystérique guérie par suggestion	381
Morphinisme et législation.	112
MOTET. — Homicide commis par un paralytique général.	222
MUCHIN. — Paralysis spinalis syphilitica.	439
MÜLLER. — Contribution à l'étude de la maladie de Basedow	354
MUNCK. — Sphère sensible de l'écorce cérébrale	57
MURATOFF. — Dégénérescence secondaire après destruction des centres psycho-moteurs	448
Myélite aiguë.	201
— — diffuse produite par l'érysipélococque	69
— (Polyo-) antérieures de l'adulte greffées sur la paralysie infantile.	71

Myélite syphilitique	70
Myosite ossifiante multiple	206
Myxœdème guéri par des greffes de corps thyroïde	82
— traité par le suc thyroïdien	82
NÄCKE, — Crime et folie chez la femme	244, 247
— — Rumination, symptôme rare de la neurasthénie.	91
— — Verbrechen und Wahnsinn beim Weihe	510
Nécrologie. — Benjamin Ball	139
— — Blanche	515
— — Charcot	515
— — Delasiauve	261
— — J. B. De Moerloose	515
Nécrophobie. — Contribution à l'étude des idées fixes	87
NEISSER. — Un cas d'empoisonnement par le sulfonal	235
Nerfs (Acoustique, origine et trajet du)	327
— (Contribution à l'étude de la physiologie des)	438
— (Élongation des) dans l'hémiplégie spasmodique infantile avec épilepsie	18
— oculo-moteur commun, son origine.	442
— optiques (Étude du trajet des fibres des).	52
— (Persistance de l'excitabilité des) et des muscles après la mort.	333
— sensibles (Terminaison des) dans l'encéphale	178
— trijumeau (Lésion traumatique du) avec troubles trophiques consécutifs	182
Neurasthénie (Traitement de la)	487
Névralgies du trijumeau (Contribution à l'étiologie des)	451
— spasmodique de la face (Traitement de la).	489
Névrite diabétique et ses rapports avec l'abolition du réflexe patel- laire	79
— double du plexus brachial	199
— périphérique traumatique	351
Névrose dépendant d'une affection de l'estomac	341
— paresthésique	469
— (Symptômes oculaires dans les)	381
— traumatique	207
— — chez de très jeunes enfants	90
— — coup d'œil sur l'état de la question	347
— — et simulation	89
NEWTN. — Les cas de folie dans la pratique médicale ordinaire	218
NOIR. — Étude sur les tics chez les dégénérés, les imbéciles et les idiots	396

NONNE. — Contribution à l'étude des maladies nerveuses consécutives au traumatisme	396
OBERSTEINER. — Travaux de l'Institut pour l'étude de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux central	45
Obsession et impulsions de forme continue	322
OEBKE. — Contribution à l'étiologie de la paralysie générale	467
OPPENHEIM. — Séméiologie et traitement de la polynévrite sénile	350
OSLER. — Remarques sur les formes de la chorée chronique	481
OTTOLENGHI et CARRARA. — Pied préhensile au point de vue de la médecine légale et de la psychiatrie	485
Paralysie agitante (Borate de soude dans la).	123
— alcoolique apoplectique.	66
— brachiale.	81
— cérébrales infantiles.	64
— faciale des hémiplegiques (Motilité de l'orbiculaire des lèvres dans la)	479
— — périphérique rhumatismale (Troubles de la sensibilité dans la	80
— — rhumatismale. Étiologie.	383
— générale et syphilis	221
— — (Contribution à l'étiologie de la).	467, 467
— — — à la pathologie et à l'anatomie pathologique de la)	468
— — (De la température dans la).	468
— — (Troubles oculaires dans la).	469
— ischémique par embolie de l'artère fémorale	79
— pneumoniques	77
— saturnines et arsenicales	66
— soi-disant spécialisées (Troubles de la motilité générale dans les)	223
— (Valeur du traitement électrique des) par compression du membre supérieur.	114
Paralysis spinalis syphilitica	439
Paralytique général (Homicide commis par un).	222
Paralytiques généraux (Lésions des fibres d'associations dans la démence des).	384
— — (Mutilation par mouvements automatiques chez les.	109
— — (Peptonurie chez les)	383
— — (Sensibilité cutanée et celle des sens de l'ouïe et de l'odorat chez les	222
Parole (Étude des troubles de la).	187

Pathogénie du délire alcoolique	323
— des folies sympathiques.	315
Peau. Malformation de la peau chez les dégénérés.	110
PÉLI. — Rapports de l'artère méningée moyenne dans l'endo- crâne	444
PELIZZI. — Origine infectieuse de l'hématome des aliénés.	223
Persécutés auto-accusateurs et persécutés possédés.	324
— migrants	325
Personnalité hétérogène (La) comme facteur étiologique des troubles psychiques	459
PETERSON. — De la température dans la paralysie générale	468
Phosphate de soude (Injections sous-cutanées du) dans les maladies nerveuses	116
PICK. — Association de troubles hystériques et de troubles orga- niques du côté de la vision	47
— — Contribution à l'étude de la syphilis cérébro-spinale.	465
— — Troubles de la parole.	187
PICQUE et FEBVRE. — Délire d'origine sympathique	86
PICRACCINI. — Phénomène non encore décrit dans l'hallucination de la vue.	87
Pied préhensible au point de vue de la médecine légale et de la psy- chiatie	485
PITOT. — Observations de névrite périphérique traumatique.	351
POELS. — Valeur de la formule urinaire de l'hystérie.	102
Poliomyélites antérieures de l'adulte greffées sur la paralysie infan- tile.	71
Polymyosite aiguë primitive	455
— et neuromyosite aiguës.	453
Polynévrite mercurielle	456
PONTOPIDAN. — Psychiatriske Forelæsinger og Studier	133, 509
PONS. — Une visite à l'asile de Rome	136
POPOFF. — Contribution à l'étude du réflexe rotulien	195
Pression atmosphérique (Action de l'abaissement de la) sur les aliénés	197
PRESTON. — Contribution à l'étude du sens musculaire	195
PRIBITKOW. — Étude du trajet des fibres des nerfs optiques	52
PRIOLEAU. — Tentative de meurtre accomplie par un épileptique	105
Processus psychiques (Variations de vitesse des) à différents moments de la journée.	329
Procès-verbal de la séance du 28 janvier	9
— — 29 avril	141
— — 29 juillet.	265
— — 28 octobre	401

Psychose post-cholérique	108
— (Traitement physique des)	117
Psychoses dépendant d'une affection de l'estomac.	341
PUTNAM. — Cas d'athétose complète avec autopsie	203
— — Hystérie chez les enfants	220
QUINCKE. — Méningite séreuse; séméiologie et traitement	490
RANVIER. — Recherches microscopiques sur la contractilité de quelques vaisseaux sanguins	51
RAYMOND. — Anesthésie hystérique généralisée	93
— et SÉRIEUX. — Goître exophtalmique et dégénérescence mentale	299
REDLICH. — Anatomie pathologique de la syringomyélie et de l'hydromyélie.	57
RÉGIS et CHEVALIER-LAURE. — Des auto-intoxications dans les maladies mentales	305
REGNAULT. — Cas de monoplégie hystérique guéri par suggestion .	381
REHFISCH. — Der Selbstmord. Eine kritische Studie	258
Réflexe rotulien (Contribution à l'étude du)	195
Reins (Fréquence des maladies des) chez les aliénés	147
REMAK. — Un cas d'hémichorée sénile	480
Report of the Broadmoor lunatic asylum	241
— (47th) of the Commissioners in Lunacy for England	393
— (34 ^e) of the Commission in Lunacy of the State of New-York .	129
— (10th) of the Committee on Lunacy (Commonwealth of Pennsylvania)	500
— (35th) of the General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland	394
— (8th) of the Illinois Hospital for the Insane, Kankakee . . .	128
— (66th) of James Murray's royal asylum	501
— (22 ^a) of the Middletown State Hospital	127
— (28th) of the Royal Albert asylum for idiots and imbecils .	392
— (33 ^a) of the state asylum for insane criminals, Matteawan N. Y.	254
— (1th) of the Sheppard asylum	393
— (15th) Utica state Hospital for the Insane, Utica	255
ROBERTSON. — Emploi de l'hypnotisme chez les aliénés	497
ROSSOLIMO. — Hystérie simulant la gliomatose d'origine médul- laire.	98
— — Nouveau mode d'exploration des fonctions du cer- veau.	65
ROUBINOVITCH. — Des obsessions et impulsions à forme continue	322

Rumination chez l'homme	338
— symptôme rare de la neurasthénie	91
SACAZ. — Du borate de soude dans la paralysie agitante	123
SACHS. — Contribut. à la pathol. de l'arrêt du développem. cérébral	194
— — Des paralysies cérébrales infantiles	64
— — Vorträge über Bau und Thatigkeit des Gehirns.	256
SAJOUS. — Annual of the Universal medical sciences	510
SANGER BROWN. — Ataxie héréditaire	68
SARBO. — Localisation du centre nerveux de la vessie, du rectum et de l'érection de la verge chez l'homme	447
Sarcome de l'hypophyse cérébrale	339
SAVAGE. — Des troubles nerveux et psychiques de la ménopause	482
SAVELIEFF. — Recherches sur la sensibilité olfactive	334
SCHAFFER. — Usage thérapeutique du trional et du tétronal	118
SCHLESINGER. — Symptômes cliniques de la syringomyélie	202
SCHMID. — Voir FÉRÉ.	
SCIAMANNA. — Extirpation d'une tumeur endocrânienne. Guérison	113
SEILIGMULLER. — Névrose traumatique et simulation	89
SÉGLAS. — Persécutés auto-accusateurs et persécutés possédés.	324
SENATOR. — Polymyosite et neuromyosite aiguës	453
SEIFERT. — Un traitement de l'aphonie hystérique	488
Séméiologie et traitement de la polynévrite sénile	350
Sens musculaire (Contribution à l'étude du)	195
Sensibilité cutanée et celle des sens de l'odorat et du goût chez les paralytiques	222
— (Dissociation de la) à type syringomyélique consécutive à une compression nerveuse	74
— générale (Trouble de la) dans un cas d'hémichorée post- hémiplegique	452
— (Hyperesthésie de la) chez des sujets hypnotisés	335
— olfactive (Recherches sur la).	334
— troubles de la sensibilité dans la paralysie faciale péri- phérique rhumatismale	80
SEPILLI. — Contribution aux affections des lobes temporaux.	182
SÉRIEUX. — Voir MARINESCO.	
SHERRINGTON. — Sur une action inhibitrice de l'écorce cérébrale	449
Simulation de la folie chez les aliénés	485
— et exagération des suites d'accidents et des moyens de les combattre	90
SICARD DE PLAULOZES. — Influence des positions horizontale et verticale sur les fonctions cérébrales.	53
SMITH. — Action physiologique du sulfonal	120

SMITH BAKER. — La personnalité hétérogène comme facteur étiologique des troubles psychiques	439
SMITH WILLIAMS. — État de rêve et faits psychiques qui l'accompagnent.	224
— — Traitement de l'hématome des oreilles	225
SOLLIER. — Les troubles de la mémoire	131
STRAUS. — Valeur du symptôme de Mannkopf dans la névrose traumatique	206
STEINER. — De l'atrophie musculaire dans l'hémorragie cérébrale	463
STROEBE. — Des tumeurs du cervelet	63
STRÜMPFEL. — Auto-mutilation grave chez une hystérique	99
— et WERNICKE. — Des névroses traumatiques	207
Sulfonal (Accidents produits par le)	121
— (Action physiologique du)	120
— (Un cas d'empoisonnement par le)	235
Symptôme de Mannkopf; sa valeur dans la névrose traumatique	206
Syphilis cérébro-spinale (Contribution à l'étude de la)	465
— congénitale et ses rapports avec quelques affections du système nerveux	46
— maligne précoce du système nerveux	60
— (Rapport entre la) et la paralysie générale.	221
Syringomyélie avec hémiatrophie de la langue	72
— (Symptômes de la).	202
— et hydromyélie (Anatomie pathologique de l')	57
— et poliomyélite chronique de l'adulte, d'origine ischémique	72
Tabes (Contribution à l'étude étiologique du)	64
TARGOWLA. — Trouble de la sensibilité générale, se traduisant par une sensation de sable du côté malade dans un cas d'hémichorée post-hémiplégique	452
TAYLOR. — Voir HUGLINGS JACKSON.	
Testicule (Sur les anomalies du) chez les dégénérés.	471
Tétanie chez les enfants et ses rapports avec le laryngospasme.	464
Tétronal (usage thérapeutique).	118
Tics (Maladies des).	103
TOMLINSON. — Indications du traitement physique des psychoses	117
TOULOUSE. — Délire des négations à apparition précoce chez une mélancolique	25
— — La dynamométrie chez les aliénés.	161
— — Le délire des négations	359
Toxicité des urines chez les aliénés	126
— et action bactéricide du sérum sanguin chez les aliénés.	126

Toxique (Origine) de la folie.	196
Traitement de l'aphonie hystérique	488
Traitement de l'atrophie tabétique du nerf optique par l'électricité	492
— de l'hydrocéphalie congénitale	391
— de la neurasthénie, de la mélancolie et de l'épilepsie	487
— de la névralgie spasmodique de la face	489
— de la polynévrite sénile	350
— des affections syphilitiques du système nerveux central	301
— des enfants idiots et arriérés.	390
— des maladies mentales et nerveuses (Action des couronnes aimantées dans le).	323
— familial des aliénés à Dalldorf	231
— libre et emploi du repos au lit chez les aliénés.	232
Traumatisme (Contribution à l'étude des maladies nerveuses consécutives au).	207
Trijumeau (Contribution à l'étude des névralgies du).	451
Trional (comme hypnotique)	236
— et tétronal (Usage thérapeutique).	118
Troubles nerveux consécutifs aux traumatismes.	348
Tumeur corticale avec hémiplegie et pertes des sensations tactiles douloureuses et musculaires	453
— du cervelet	63
— endocrânienne (Extirpation d'une).	113
TYLER. — Étude des lois qui gouvernent les actions humaines	448
Urines (Toxicité des) chez les aliénés	128
URBANTSCHITSCH. — Des rapports entre les organes auditifs	443
VALLON. — Mutilation par mouvements automatiques chez les paralytiques généraux.	109
Vaisseaux sanguins. Recherches sur leur contractilité.	51
VANDERSTRICHT. — Voir CLAU.	
VAN GEHUCHTEN. — De l'origine du nerf oculo-moteur commun	442
— — Les éléments nerveux moteurs des racines postérieures	446
VASSALI et SACCHI. — Destruction de la glande pituitaire.	180
VAUTRIN. — Traitement de l'hydrocéphalie congénitale	391
VENTRA. — Exalgine dans les maladies nerveuses et mentales	493
Verslag van 't geneesk. gesticht voor krankzinnigen, te Coudewater	498
— — — — — te Meerenberg	498
— — — — — te Utrecht.	499
— van het Staatstoezicht op krankzinnigen in Nederland (1885, 1886, 1887).	499

VIBERT. — Névrose traumatique chez de très jeunes enfants . . .	90
VOISIN. — L'idiotie. Hérité et dégénérescence mentale, psychologie et éducation de l'idiotie.	397
VON KRAFFT-EBING. — Importance de la menstruation dans le développement des troubles intellectuels . .	198
— — Manie de la jalousie chez l'homme. . . .	198
— — Paralyse brachiale	81
VON FRANKL-HOCHWART. — Anesthésies cérébrales	92
— — Symptômes oculaires dans les névroses	380
WALLER. — Inhibition déterminée par les excitations périphériques sur la contraction musculaire volontaire ou électrique. . . .	336
WASSILJEV. — Psychose post-cholérique	108
WERNICKE. — Gesammelte Aufsätze und kritische Referate zur Pathologie des Nervensystems.	257
WILBRAND. — Cas de cécité psychique et d'hémianopsie suivi d'autopsie	191
WILDERMUTH. — Folie épileptique	104
WOLFFBERG. — Troubles de la vision des couleurs dans les affections traumatiques du système nerveux.	87
WOOD. — Du mouvement choréique	480
WORCESTER. — Contrainte corporelle dans le traitement de la folie	227
WUNDT. — Hypnotisme et suggestion	259
ZELLER. — Un cas d'abcès cérébral	62

41B
134⁺

